Seria *Collegium. Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

Constantin Enăchescu, doctor în psihologie şi în medicină, medic primar psihiatru, este profesor universitar la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea din Bucureşti. Predă psihanaliză şi psihoterapie, psihosexologie, psihoigienă şi sănătate mintală, psihopatologie şi psihologie medicală. Lucrări publicate: *Elemente de psihologie proiectivă* (1973), *Expresia plastică a personalităţii* (1975), *Psihologia activităţii patoplastice* (1977), *Socrate* (1994), *Neuropsihologie* (1996), *Experienţa vieţii interioare şi cunoaşterea de sine. De la Socrate la Freud* (1997), *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie* (Polirom, ediţia a II-a, 2003; ediţia a III-a, 2007), *Tratat de psihosexologie* (Polirom, ediţia a III-a, 2003; ediţia a IV-a, 2008), *Tratat de psihopatologie* (Polirom, ediţia a III-a, 2005; ediţia a IV-a, 2007), *Tratat de psihologie morală* (2002), *Fenomenologia nebuniei* (2003), *Fenomenologia trupului* (2005), *Tratat de teoria cercetării ştiinţifice* (Polirom, ediţia I, 2005; ediţia a II-a, 2007), *Da şi nu. Dialectica comprehensivă a vieţii sufleteşti* (2006), *Artă şi nebunie* (2006).

© 2004, 2005, 2008 by Editura POLIROM

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37, P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

ENĂCHESCU, CONSTANTIN

Tratat de igienă mintală / Constantin Enăchescu. – Ed. a 3-a, rev. – Iaşi : Polirom, 2008
Bibliogr.
Index
ISBN: 978-973-46-0951-2

159.97(035)
613.86(035)
616.89(035)

Printed in ROMANIA

Constantin Enăchescu

TRATAT DE IGIENĂ MINTALĂ

Ediţia a III-a revăzută şi adăugită

POLIROM
2008

Tablă de materii

Cuvânt înainte la ediția a III-a 15
Cuvânt înainte la ediția a II-a 17
Cuvânt înainte la ediția I 21

Secțiunea I

Aspectele generale ale igienei mintale

Capitolul 1
Domeniul igienei mintale 27
1. Originea și precursorii igienei mintale 27
   Sursele umaniste 30
   Sursele sociologice 30
   Sursele medicale 30
2. Spiritul igienei mintale 32
3. Definiție, caracteristici, domeniu 33
4. Obiectul igienei mintale 34
5. Metode și obiective 37
   Metodele de apreciere a stării de sănătate mintală 39
   Metodele de influențare a sănătății mintale 40
6. Activitatea de igienă mintală 40
7. Istoric 43

Capitolul 2
Normalitatea psihică 47
1. Omul normal 47
2. Raportul „somatic-psihic" 47
3. Tipologiile umane 49
4. Starea de normalitate 51
5. Conceptul de *sănătate mintală* 55

Capitolul 3
Anormalitatea psihică 60
1. Anormalitatea 60
2. Formele anormalității și boala psihică 60

3. Boala mintală şi bolnavul psihic 63
4. Stadiile bolii şi formele acesteia 66
5. Raportul „sănătate-boală" 67

Capitolul 4
Factorii de sanogeneză psihică 70
1. Evoluţia psihosocială a omului şi a sănătăţii mintale 70
2. Etapele organizării şi dinamicii istorice ale sănătăţii mintale şi bolii psihice 74
Etapa vieţii în natură 77
Etapa intermediară 77
Etapa vieţii în cetate 77
3. Factorii de sanogeneză 77
4. Tipurile de factori sanogenetici 78

Capitolul 5
Factorii de morbigeneză psihică 79
1. Traumatismul psihic 79
2. Psihogeneza 81
3. Stresul şi viaţa psihică 82
4. Personalitatea şi evenimentele vieţii trăite 85
5. Factorii morbigenetici 86
6. Profilaxia 86

Capitolul 6
Comunicare şi alienare 87
1. Cadrul problemei 87
2. Formele comunicării 89
3. Izolarea şi însingurarea 90
4. Bolile comunicării 91
5. Măsuri de igienă mintală 92

Capitolul 7
Adaptare şi conflict 94
1. Adaptarea 94
2. Conflictul şi competiţia 97
3. Reacţia şi patologia reactivă 99
4. Reacţiile psihice la evenimentele vieţii trăite 101
5. Aspectele patice ale vieţii 101

Capitolul 8
Comunitatea umană şi mediul social 103
1. Comunitatea umană 103
2. Mediile ambientale umane 104
3. Factorii ambientali de risc pentru sănătatea mintală 106
4. Sănătatea mintală şi patologia oraşului 109
5. Sănătatea mintală şi mobilitatea geografică 111
6. Sănătatea mintală şi schimbările forţate de mediu 112
Sănătatea mintală şi situaţiile de război 113
Sănătatea mintală la deportaţi şi prizonierii de război 113
Sănătatea mintală la persoanele din mediul penitenciar 114
7. Politica sănătăţii mintale 114

Capitolul 9
Acţiunea de igienă mintală 116
1. Cadrul problemei 116
2. Principiile acţiunii de igienă mintală 117
Principiile acţiunii de igienă mintală 117
Programul de igienă mintală 117
3. Obiectivele acţiunii de igienă mintală 119
4. Mijloacele de realizare a acţiunii de igienă mintală 120
Echipa terapeutică 120
Dotarea tehnico-materială 120
5. Acţiunea de igienă mintală 121
Acţiunea de igienă mintală 121
Formele de igienă mintală 122
6. Formarea specialiştilor în igiena mintală 122

Capitolul 10
Natura schimbărilor sociale şi strategiile acţiunii de igienă mintală 124
1. Structura şi dinamica sociale 124
2. Schimbările sociale 125
Cauzele schimbărilor sociale 125
Formele schimbărilor sociale 125
Consecinţele schimbărilor sociale 126
3. Efectele schimbărilor sociale asupra sănătăţii mintale 126
4. Strategiile acţiunii de igienă mintală în raport cu schimbările sociale 127

Secţiunea a II-a

Igiena mintală individuală

Capitolul 11
Psihoigiena individuală (I) 131
1. Psihoigiena individuală 131
2. Instinctele şi motivaţia comportamentală 132
3. Viaţa afectivă 134
4. Psihoprofilaxia personalităţii 136

Capitolul 12
Psihoigiena individuală (II) 138
1. Activitatea 138
2. Tipurile de activitate 139
3. Efectele suprasolicitării prin activitatea prelungită 141
4. Efort şi oboseală 143
5. Astenia 144
6. Organizarea activităţii şi măsuri de psihoigienă 146

Capitolul 13
Psihoigiena vârstelor (aspecte generale) 147
1. Psihobiografia 147
2. Etapele şi dinamica vieţii 149
3. Modelele vieţii 153

4. Sănătatea mintală şi boala psihică în raport cu etapele vieţii 155

Capitolul 14
Psihoigiena copilului şi adolescentului 159
1. Stadiile de dezvoltare/maturizare 159
2. Prima şi a doua copilărie 161
3. Copilul şi realitatea 162
4. Copilul şi familia 163
5. Criza pubertară şi adaptarea şcolară 164
6. Adolescenţa, sexualitatea şi orientarea profesională 167
Tânărul 168
Tânăra 168
7. Psihologia şi psihopatologia adolescenţei 169

Capitolul 15
Psihoigiena adultului 172
1. Căsătoria 172
2. Psihoigiena familiei 173
3. Vârsta adultă şi adaptarea socială 175
4. Eşecul şi succesul 176

Capitolul 16
Psihoigiena maternităţii 178
1. Cadrul general al problemei 178
2. Cuplul marital şi maternitatea 178
3. Când şi cum se procreează 179
4. Situaţia copilului şi cuplul marital 180
Statutul copilului 180
Viitorul copilului 181
5. Igiena mintală a maternităţii 182

Capitolul 17
Psihoigiena vârstei a treia 183
1. Crizele de involuţie 183
2. Involuţia 184
3. Perspectiva morţii 185
4. Conflictul dintre generaţii 187

Capitolul 18
Psihoigiena familiei 190
1. Cadrul general 190
2. Organizarea grupului familial 191
3. Sănătatea mintală şi patologia psihiatrică a familiei 194
Psihiatria familială instituţională 196
Psihiatria familială relaţională 196
4. Violenţa în familie 197
5. Nevroza conjugală 198

Capitolul 19
Psihoigiena şcolară 200
1. Cadrul problemei 200
2. Elevi, educatori, şcoală 201
3. Educaţia negativă şi sănătatea mintală 203
Modelul de educaţie negativă 203
Nevroza educatorului 204
4. Măsuri de psihoigienă 205

Capitolul 20
Psihoigiena activităţii profesionale 207
1. Cadrul general al problemei 207
2. Activitatea profesională şi sănătatea mintală 208
3. Conflicte şi eşecuri profesionale 209
4. Reprofesionalizarea şi sănătatea mintală 210
5. Întreruperea activităţii şi retragerea din viaţa profesională 211
6. Igiena mintală şi activitatea profesională 212

Capitolul 21
Psihoigiena retragerii din viaţa socioprofesională 214
1. Cadrul general al problemei 214
2. Retragerea din viaţa profesională 215
3. Impactul asupra sănătăţii mintale 216

Secţiunea a III-a

Igiena mintală a comunităţilor umane

Capitolul 22
Spaţiul social şi sănătatea mintală 221
1. De la *physis* la *polis* 221
2. Schimbările sociale şi sănătatea mintală 222
3. Stilul de viaţă şi sănătatea mintală 224

Capitolul 23
Scena politică şi actorii săi 226
1. Cadrul general al problemei 226
2. Igiena mintală şi sistemul social-politic 227
Acţiunea social-politică 227
Retorica politică şi manipularea maselor 227
Scena politică şi instituţiile sociale 228
Actorii politici şi spectacolul maselor 229
Puterea politică şi sănătatea mintală 230
3. Igiena mintală şi viaţa social-politică 231

Capitolul 24
Sistemul de presiune socială şi sănătatea mintală a maselor 233
1. Cadrul general al problemei 233
2. Semnificaţia şi mecanismele manipulării 234
3. Formele şi efectele manipulării 237
4. Măsurile de igienă mintală 238

Capitolul 25
Universul informaţional şi igiena mintală 240
1. Semnificaţia informaţiei 240

Calităţile informaţiei 241
Efectele informaţiei 241
2. Raportul dintre informaţie şi persoană 242
Modelul tradiţional 242
Modelul informaţional 242
3. Nevroza informaţională 244
Nevroza de dependenţă 245
Nevroza de suprasaturare 245
4. Măsuri de igienă mintală 246

Capitolul 26
Mass-media şi sănătatea mintală 247
1. Cadrul general al problemei 247
2. Mijloacele „informaţional-formative" ale mass-mediei 248
3. Manipularea prin mass-media şi sănătatea mintală 248
4. Măsuri de igienă mintală 249

Capitolul 27
Psihoigiena grupurilor sociale (I) 251
1. Grupurile umane 251
2. Spaţiul comunitar-uman 254
3. Sănătatea mintală şi boala psihică în grupurile sociale 255
4. Comportamentul normal şi cel patologic 256

Capitolul 28
Psihoigiena grupurilor sociale (II) 260
1. Persoana-limită 260
2. Situaţiile-limită 262
3. Psihoigiena situaţiilor-limită 263

Capitolul 29
Stările de dezechilibru psihosocial 265
1. Aspecte generale 265
2. Formele dezechilibrelor psihosociale 267
Dezechilibrele psihosociale de tip reactiv 269
Dezechilibrele psihosociale de tip endogen 272

Capitolul 30
Psihoigiena conduitelor antisociale 275
1. Conduitele deviante 275
2. Agresivitatea 281
3. Tipurile de conduite deviante 282
Conduitele de tip antisocial 286
Conduitele de dependenţă socială 292
Conduitele de refugiu 294
4. Constituţia perversă 296
5. Măsuri de psihoigienă 298

Capitolul 31
Psihoigiena situaţiilor speciale de criză 300
1. Cadrul problemei 300
2. Psihoigiena situaţiilor de dezastru 300
3. Psihoigiena grupurilor populaţionale persecutate şi a persoanelor refugiate 302
4. Psihoigiena persoanelor supuse torturii 303
5. Psihoigiena situaţiilor de violenţă şi răpire 304
6. Psihoigiena persoanelor din penitenciare 304
7. Psihoigiena persoanelor lipsite de locuinţă 305
8. Psihoigiena accidentelor 306

Capitolul 32
Psihoigiena şi conflictele sociale 308
1. Cadrul general al problemei 308
2. Tipurile de conflicte sociale 309
3. Imaginea socială a crizelor 310
4. Consecinţele crizelor sociale 311
5. Ieşirea din criză şi măsurile de igienă mintală 312

Capitolul 33
Psihoigiena bolilor civilizaţiei 313
1. Cadrul general al problemei 313
2. Omul modern şi adaptarea sa la noile schimbări sociale 314
3. Adaptarea continuă la schimbările progresului 315
4. Sănătatea mintală şi progresul 316
5. Noile boli ale civilizaţiei 317
Noile „cauze patogenetice" 317
Manifestări patologice noi 318
6. Măsuri de igienă mintală 318

Secţiunea a IV-a

Psihoprofilaxia

Capitolul 34
Conceptul de *psihoprofilaxie* 323
1. Ideea de profilaxie 323
2. Îngrijirea omului şi a vieţii 324
3. Domeniul şi formele profilaxiei 325
4. Domeniul şi funcţiile psihoprofilaxiei 327

Capitolul 35
Psihoigiena bolilor psihice (I) 329
1. Boala şi reacţiile bolnavului faţă de boală 329
2. Natura şi tipologia bolilor psihice 330
3. Geneza, evoluţia şi consecinţele bolilor psihice 331
4. Traumatismul internării 332
5. Simularea bolilor psihice 335
6. Iatrogeniile 336

Capitolul 36
Psihoigiena bolilor psihice (II) 337
1. Vulnerabilitatea personalităţii şi bolile psihice 337
2. Grupele nosologice şi igiena mintală 339

3. Aspectele particulare ale igienei mintale la bolnavii psihic 341
Psihoigiena emotivilor şi a psihastenicilor 341
Psihoigiena mitomanilor, istericilor şi imaginativilor 341
Psihoigiena paranoicilor 341
Psihoigiena ciclotimicilor şi a schizoizilor 342
Psihoigiena psihopaţilor şi a constituţiilor perverse 342
Psihoigiena alcoolicilor şi a toxicomanilor 342
Psihoigiena tulburărilor psihice ale maternităţii 343
Psihoigiena stărilor depresive şi a suicidului 343
Psihoigiena nevrozelor şi a stărilor reactive 343
Psihoigiena afecţiunilor psihosomatice 344
Psihoigiena afecţiunilor iatrogenice 344
Psihoigiena suferinţelor psihomorale 344
4. Principiile de psihoigienă în psihiatrie 345

Capitolul 37
Psihoigiena bolilor somatice 347
1. Boala somatică privită ca suferinţă psihică 347
2. Problemele psihologice ale bolnavului somatic 348
3. Psihoigiena bolnavilor somatic 350

Capitolul 38
Psihoigiena deficienţilor 352
1. Conceptul de *deficienţă* 352
2. Tipurile de deficienţă 353
3. Statutul psihosocial al deficienţilor 354
4. Măsuri de psihoigienă 356

Capitolul 39
Psihoigiena persoanelor instituţionalizate 357
1. Cadrul general al problemei 357
2. Libertate şi constrângere 358
3. Profilul psihologic al persoanelor instituţionalizate 358
4. Nevroza de instituţionalizare 360
5. Psihoprofilaxia nevrozei de instituţionalizare 361

Secţiunea a V-a

Aspectele interdisciplinare ale igienei mintale

Capitolul 40
Educaţia şi igiena mintală 365
1. Igiena mintală ca mentalitate 365
2. Principiile şi scopurile educaţiei sănătăţii mintale 367
3. Modelele de educaţie a sănătăţii mintale 369
4. Formarea personalului în igiena mintală 371
5. Medicul, educator al sănătăţii mintale 372

Capitolul 41
Aspectele medico-legale, medico-psihopedagogice şi morale ale igienei mintale 375
1. Aspectele morale ale igienei mintale 375
2. Atitudinea societăţii faţă de boala psihică şi bolnavul mintal 378
3. Eutanasia 379
4. Bioetica 381
5. Eugenia 382

Capitolul 42
Expertiza medico-legală psihiatrică a bolnavilor psihic şi a deficienţilor 384
1. Expertiza medico-legală psihiatrică 384
2. Responsabilitatea 384
3. Geneza şi dinamica personalităţii şi a comportamentului delictual 386
4. Tipurile de delincvenţi 388
5. Clasificarea delictelor la alienaţi 390
6. Mecanismele psihopatologice ale delictelor 390

Capitolul 43
Recuperarea bolnavilor psihic şi a deficienţilor 394
1. Conceptul de *recuperare* 394
2. Principiile recuperării 395
3. Metodele de recuperare 396
4. Acţiunea de recuperare 397
5. Programul de recuperare 398
6. Particularităţile recuperării psihiatrice 402
Recuperarea în oligofrenii 402
Recuperarea în nevroze 403
Recuperarea în psihozele endogene 404
Recuperarea în alcoolism şi toxicomanii 404
Recuperarea în psihopatii şi sociopatii 405
Recuperarea în gerontopsihiatrie 405
Recuperarea în pedopsihiatrie 406

Capitolul 44
Modelul social şi igiena mintală 408
1. Modelul social şi concepţia despre lume 408
2. Normarea sănătăţii mintale şi modelul cultural 408
3. Aspectele etnoculturale şi transculturale ale stării de sănătate mintală 410
4. Statul şi boala mintală 411
5. Medicalizarea societăţii 412

Capitolul 45
Utopii în domeniul igienei mintale 416
1. Semnificaţia utopiilor în medicină 416
2. Cadrul problemei 418
3. Ideile utopice ale igienei mintale 419
4. Experimentele utopice ale igienei mintale 420
5. Instituţionalizarea utopiilor igienei mintale 421
6. Consecinţele utopiilor igienei mintale 422
7. Semnificaţia utopiilor igienei mintale 423

Capitolul 46
Viitorul omului şi igiena mintală 425
1. Perspectiva progresului şi evoluţia istorică a societăţii 425
2. Acţiunea şi efectele progresului asupra omului/grupurilor sociale 426
3. Progresul social şi sănătatea mintală 426
4. Viitorul Cetăţii şi al omului 427

Capitolul 47
Semnificaţia filosofică şi morală a psihoigienei 430

Bibliografie 435

Index 449

Cuvânt înainte la ediţia a III-a

Noua ediţie a *Tratatului de igienă mintală* încearcă să completeze cerinţele unei largi categorii de specialişti, medici, psihologi, sociologi, pedagogi, jurişti, dar şi ale publicului interesat de cunoaşterea multidisciplinară a *sănătăţii mintale*.

Devenite discipline de studiu în cadrul facultăţilor de psihologie ale universităţilor din ţară, *psihoigiena şi sănătatea mintală* s-au impus în plan teoretic prin modalitatea de abordare atât a sănătăţii mintale individuale, cât şi a celei colective, precum şi prin obiectivele sale de ordin practic, imediat, de menţinere, promovare şi dezvoltare a „spiritului Cetăţii", dar şi, prin aceasta, a „sănătăţii mintale a comunităţilor social-umane".

Stilul complex şi ritmul accelerat ale vieţii actuale, aflată într-o permanentă şi rapidă schimbare, impun un permanent efort de adaptare la nou, la „factorii de progres". Această cerinţă devine o „cursă", o „competiţie" a vieţii în care suntem cu toţii angajaţi. *Noutatea* şi *schimbarea* impun efort, iar acesta presupune fie *satisfacţie*, fie *eşec*. În ambele situaţii individul este direct solicitat, iar „ţinta" acestor „solicitări" este *sănătatea mintală*. Adaptarea la condiţiile vieţii moderne devine rolul prioritar al *igienei mintale*.

Conceput de la început ca un manual de studiu universitar, prezentul *Tratat de igienă mintală* urmăreşte să dezbată, într-o manieră sistematizat-didactică, cele mai importante direcţii de studiu şi cercetare ale *sănătăţii mintale*, precum şi măsurile de *psihoprofilaxie* care se impun atât pentru individ, cât şi pentru comunităţile social-umane.

Faţă de cele două ediţii anterioare, această versiune a tratatului este completată cu mai multe capitole noi, axate pe problemele de stringentă actualitate ale igienei mintale. Capitolele existente în ediţiile anterioare au fost revizuite, unele dintre ele fiind dezvoltate şi completate. De asemenea, la ediţia de faţă a fost completată bibliografia şi i s-a adăugat un index tematic.

Sperăm ca, în forma prezentă, noua versiune a *Tratatului de igienă mintală* să corespundă cerinţelor unui învăţământ universitar de specialitate eficient şi modern.

Din nou, gândurile noastre se îndreaptă către studenţii de la facultăţile de psihologie de la Universitatea din Bucureşti şi Universitatea „Ovidius" din Constanţa, care au frecventat cursul de *igienă mintală*. Lor le este dedicată această lucrare, în care sperăm să găsească răspunsuri la întrebările lor şi, odată cu acestea, soluţii/căi în activitatea lor de viitori specialişti practicieni.

Bucureşti, noiembrie 2007

Cuvânt înainte la ediţia a II-a

Apariţia în viaţa unei societăţi a unor domenii ştiinţifice noi, de utilitate practică majoră, se datorează modului de organizare şi funcţionare a societăţii respective. Ele vin ca să îndeplinească funcţii de care are nevoie o lume modernă aflată într-o continuă schimbare, contribuind în felul acesta atât la stabilitatea, cât şi la progresul societăţii respective. În această direcţie se înscrie *igiena mintală*.

Schimbările profunde şi rapide ale societăţii moderne fac să se succeadă continuu condiţii şi forme de viaţă profund diferite comparativ cu cele anterioare, atât în plan individual, cât şi colectiv. Aceste schimbări, prin natura lor, impun adoptarea unor noi forme de conduite, atitudini, reacţii, tipuri de sensibilitate şi gândire, motivaţii pentru viaţă şi aspiraţii. Transformările sociale creează structuri instituţionale şi relaţii noi, obligând individul, dar şi comunităţile umane să asimileze schimbările şi să se adapteze acestora, pentru a-şi putea păstra echilibrul şi a-şi dezvolta capacităţile creatoare.

În contextul transformărilor istorico-sociale care se succedă cu o mare rapiditate, având un efect direct şi imediat asupra vieţii sufleteşti a cetăţii, igiena mintală este atât indicatorul, cât şi instrumentul normativ şi de menţinere a echilibrului nivelului de organizare, funcţionare şi dezvoltare ale civilizaţiei umane, instituţiilor sociale, relaţiilor interpersonale, modalităţilor prin care sistemul de valori socioculturale contribuie la dezvoltarea morală, culturală şi socială aflate în serviciul individului şi al comunităţilor social-umane.

Încă din momentul ieşirii din mediul natural (*physis*) şi al intrării în cetate (*polis*), comunităţile social-umane, organizate în forme stabile, se află sub semnul prescripţiilor de *igienă mintală*, dublate de normele valorice ale *igienei morale*, aceasta din urmă direct înrudită cu credinţele şi practicile religioase. Viaţa în cetate, civilizaţia încep prin a introduce şi impune norme de comportament. Aceste prescripţii cu caracter de „tabu" devin în mod automat „norme de interdicţie" obligatorii, care se cer şi se impun a fi respectate şi urmate cu stricteţe de către toţi membrii societăţii. Ele au rolul de a oferi modele de comportament şi de a proteja individul în cadrul organizat al unui mod de viaţă civilizată specifică „spaţiului citadin" respectiv. Morala cetăţii, prin legile ei, înlocuieşte Viaţa în Natură. Se observă, în felul acesta, cum istoria umanităţii exprimă desprinderea treptată de „modelele naturale" şi înlocuirea lor cu „modelele civilizaţiei citadine", făcându-se astfel trecerea de la „sălbăticie" la „civilizaţie".

Toate interdicţiile morale, religioase, socioculturale, juridice au ca obiectiv formarea, protecţia şi progresul cetăţenilor, adaptarea la viaţa socială şi evoluţia lor şi a cetăţii căreia îi aparţin. În contextul acestei prefaceri dinamice a istoriei, un rol important îi revine igienei mintale. Dincolo de funcţiile sale medico-psihosociale, ea va avea un rol esenţial în orientarea progresului moral-spiritual, dar şi a celui psihosocial, fiind prin aceasta un veritabil „sistem reglator" al civilizaţiei citadine.

Orice civilizaţie începe prin a oferi „modalităţile-cadru" ale unui tip de viaţă protejată. Dar acestea presupun acceptarea unor reguli noi de viaţă socială, cu caracter, cum spuneam, de interdicţii: „ce trebuie" şi „ce nu trebuie" sau „ce este permis" şi „ce este interzis". Normarea vieţii în cetate prin instituirea interdicţiilor care reglementează viaţa socială şi raporturile interumane trebuie înţeleasă atât ca factor de stabilitate, cât şi ca factor de progres în istoria umanităţii. Prin

aceasta se realizează trecerea de la *physis* la *polis*, de la satisfacerea limitativă, strictă a nevoilor biologice primare la satisfacerea unei game lărgite şi diferenţiat nuanţate de nevoi spirituale, de la pulsiunile primare la aspiraţiile de ideal, de la nevoile fizice la nevoile dictate de valorile spirituale. Pe scurt, trecerea de la „civilizaţia materială" la „cultura spirituală". În contextul acestor prefaceri ale cetăţii şi ale societăţii umane, a comunităţilor de indivizi, igiena mintală are un important rol stabilizator şi formator.

Viaţa în cetate presupune un mare şi permanent efort de adaptare la schimbări, fapt care solicită mecanismele de menţinere a stării de echilibru şi sănătate psihică. Acest efort se realizează prin adoptarea unor conduite simbolice universale pentru toţi membrii grupului social şi construirea prin sublimare a unor noi căi de satisfacere a pulsiunilor primare, prin convertirea acestora în acte psihosociale cu semnificaţie valorică (morală, cultură, religie, valori juridice, sociale, politice, economice etc.). Toate acestea sunt contingente cu igiena mintală.

Rolul igienei mintale, individuală sau colectivă, este de a favoriza adaptarea, evitarea sau anularea conflictelor şi a tensiunilor interpersonale, a traumatismelor psihice, de a accepta, înţelege şi interioriza interdicţiile normative ca pe nişte măsuri de protecţie, reprezentate sub forma unor modele de gândire sau de conduite simbolice generale. În sensul acesta, în procesul de „civilizare a individului", igiena mintală va avea rolul psihosociocultural de formare şi menţinere a stării de sănătate mintală. Ea trebuie să faciliteze acceptarea interdicţiilor normelor vieţii în cetate nu ca pe o frustrare, ci ca pe o „necesitate", văzând în ele nu forme de presiune socială, ci factori formativ-educativi ai modelului sociocultural. În această perspectivă, igiena mintală se înfăţişează deopotrivă ca o *doctrină teoretică* şi ca o *acţiune practică*, integrată modelului sociocultural, având rol de facilitare a adaptării cetăţenilor comunităţii umane la factorii dinamici în continuă schimbare ai progresului psihosocial.

Se poate desprinde din cele de mai sus că, prin caracterul şi funcţiile sale, igiena mintală depăşeşte limitele stricte ale medicinei. Dincolo de aceasta, ea ne dezvăluie o altă dimensiune, mult mai complexă, psihologică, socială, cultural-morală şi pedagogică, a vieţii individului şi a societăţii. Pe lângă aspectele sale doctrinare, ea trebuie să fie, în primul rând, un instrument de acţiune practică, permanent prezent în viaţa cetăţeanului şi a cetăţii.

Datoria de a respecta valoarea omului prin măsuri de formare, protecţie şi stimulare a acestuia stă în centrul igienei mintale. Prin aceasta, ea îşi afirmă virtuţile umaniste universale. Prezentă dintotdeauna în toate ariile culturale, ea este astăzi mai necesară şi mai actuală ca oricând.

Experienţa medico-psihologică personală, precum şi anii de predare a cursului de igienă mintală la Universitatea din Bucureşti ne-au obligat să revizuim şi să aducem noi adăugiri versiunii anterioare, a primei ediţii a acestui *Tratat de igienă mintală*.

Interesul pentru cursul predat, epuizarea rapidă a cărţii, cererile constante ale acesteia, dublate de acumularea de date ştiinţifice noi, dar şi de importante mutaţii în planul sociouman ne-au determinat să reluăm, într-o formă lărgită, lucrarea noastră, pe care astăzi o oferim tineretului universitar, precum şi, în egală măsură, tuturor specialiştilor interesaţi de problemele de *psiho-igienă şi sănătate mintală*.

Prezenta ediţie a cărţii este structurată în cinci secţiuni, fiecare dintre acestea tratând probleme distincte tematic ale igienei mintale, după cum urmează: 1) *aspectele generale ale igienei mintale*; 2) *igiena mintală individuală*; 3) *igiena mintală a comunităţilor umane*; 4) *psihoprofilaxia*; 5) *aspectele interdisciplinare ale igienei mintale*.

Lucrarea se încheie cu o bibliografie selectivă a principalelor lucrări de referinţă, clasice şi moderne, din domeniul igienei mintale.

Ca şi ediţia anterioară, noua versiune a *Tratatului de igienă mintală* este dedicată, prin caracterul său didactic, în primul rând studenţilor de la facultăţile de medicină, psihologie, sociologie, asistenţă socială, drept, precum şi specialiştilor şi cercetătorilor din aceste domenii şi, nu în ultimul rând, oricărui om de cultură. Având în vedere dificilele sarcini pe care ni le-am asumat întocmind lucrarea de faţă, nutrim speranţa că eforturile noastre în această direcţie vor putea răspunde aşteptărilor celor cărora li se adresează.

Ca de fiecare dată, lucrarea este dedicată studenţilor mei care au audiat cu interes cursul de igienă mintală şi pe care i-am simţit permanent aproape, realizând împreună o ambianţă de colaborare intelectuală deosebită.

Nu pot încheia aceste rânduri înainte de a exprima cele mai sincere gânduri de mulţumire Editurii Polirom din Iaşi, pentru felul generos în care a primit editarea cărţii mele. Un cuvânt de aleasă preţuire şi mulţumiri doamnei director editorial Lidia Ciocoiu.

Bucureşti, ianuarie 2004

Cuvânt înainte la ediţia I

Importanţa igienei mintale în societate este universal admisă. Numeroasele mutaţii survenite în lumea modernă au influenţat profund viaţa fiecărui individ. Trăim cu totul altfel şi suntem obligaţi de împrejurări să ne schimbăm rapid şi profund, într-un interval relativ scurt de timp. Progresul societăţii nu poate lăsa indiferent pe nimeni. Fiecare individ din comunitatea umană asimilează factorii sociali cu care se confruntă, fiind permanent obligat să-şi organizeze personalitatea şi comportamentul în raport cu aceştia. Nimeni nu poate trăi în afara sistemului social.

Viaţa în societate îi asigură individului cadrul dezvoltării personalităţii sale, modelele de gândire şi de comportament, relaţiile interpersonale, mijloacele de trai. Prin toate acestea, individul devine într-o mare măsură dependent de cadrul social, care-l absoarbe în totalitate. Viaţa individuală, ca şi cea comunitară, depinde de societate într-un asemenea grad încât se poate afirma că omul de astăzi este, în cea mai mare parte, un produs social. El va purta pecetea societăţii căreia îi aparţine, devenind „parte" a acesteia.

Există însă şi o a doua latură a problemei. Dacă societatea, prin intermediul sistemului de valori ale modelului sociocultural, contribuie la formarea, menţinerea şi dezvoltarea personalităţii umane în limitele unor tipare specifice, fapt care face ca individul să depindă de societate, omul – prin acţiunile, deciziile şi conduitele sale – poate influenţa în egală măsură societatea. În sensul acesta, orice societate pare a fi la dispoziţia deciziilor şi acţiunilor umane.

Ceea ce aparent este un raport de subordonare „societate-individ" reprezintă, de fapt, o interacţiune între individ şi societate. Aceasta este cu atât mai evident cu cât recunoaştem că, în fond, omul este cel care „construieşte" şi „alege" cadrele vieţii sale sociale.

Acest punct de vedere, care reflectă aspectele realităţii sociale obiective, dar şi pe cele ale existenţei umane, vizează două categorii de forţe ce acţionează concomitent : *forţele sociale* (modelul sociocultural, instituţiile, relaţiile umane, normele social-juridice, sfera politică şi cea economică, religia) şi *forţele umane* (pulsiuni, trebuinţe, aspiraţii, decizii, acte, conduite). De acordul sau dezacordul acestora depinde starea de echilibru atât a societăţii, cât şi a fiecărui individ în parte.

Nu poate exista însă niciodată un acord perfect între individ şi societate. O situaţie „ideală" are întotdeauna caracterul unei reprezentări utopice, care constă în experimentarea tendinţelor individului de a depăşi cadrele sociale, de „a ieşi" din lume şi de „a intra" într-un cadru corespunzător spaţiului său mintal ideal (Th. Morus, Fr. Bacon, J.-J. Rousseau, I. Kant, K. Marx). Toate reformele sociale au la bază o motivaţie sufletească, ale cărei surse trebuie căutate fie în inconştient, fie în Supra-Eu. Toţi cei care au imaginat „cetatea ideală" au fost în aparenţă vizionari, dar în esenţă au cultivat valorile morale sub imperiul dorinţelor Supra-Eului moral (Platon, Aristotel, Sfântul Augustin, Th. Campanella).

Două tendinţe fundamentale, funciarmente fixate în fiinţa umană, stau la baza mobilelor şi motivaţiilor care „mişcă lumea" : Inconştientul şi Supra-Eul. De ele depind structurile şi formele societăţii, natura socială a oamenilor şi, în cele din urmă, sensul istoriei.

Omul nu acceptă natura fizică, o refuză punând în locul acesteia un cadru specific, conform cu tendinţele şi aspiraţiile sale. În acest fel apar cultura şi societatea. Prin urmare, ne găsim în faţa a trei planuri distincte :

- planul uman, reprezentând individul, ca subiect cu propria sa viaţă interioară, propriile idei, sentimente, aspiraţii, pulsiuni, idealuri;
- planul natural, fizic, cadrul obiectiv în care omul îşi desfăşoară existenţa, reprezentat prin climă, relief, resurse, alimentaţie;
- planul sociocultural, reprezentând totalitatea creaţiilor umane, de cultură spirituală şi de civilizaţie materială, corespunzător necesităţilor şi tendinţelor interioare, sufleteşti, plan pe care, prin obiectivare, omul îl opune naturii.

Acestea sunt cele trei planuri constitutive ale spaţiului uman: *planul uman subiectiv, planul realităţii obiective a lumii fizice şi planul obiectivat al sferei socioculturale.*

Atitudinea individului faţă de planul social este diferenţiată. În situaţia în care el „acceptă" societatea aşa cum este, aceasta satisfăcându-i nevoile şi aspiraţiile, între individ şi societate se stabileşte o stare de echilibru.

Există însă situaţii în care pulsiunile inconştientului se orientează împotriva societăţii, având, de regulă, un caracter de agresivitate, de violenţă antisocială (G. Sorel, Y.A. Michaud). În acest caz apare un conflict grav între individ şi societate, reprezentat prin devianţă şi sociopatii.

Dacă însă Supra-Eul moral este cel care se opune structurilor şi forţelor sociale, în sensul impunerii unor aspiraţii şi idealuri proprii, asistăm la reforme în planul social, de ordin moral, cultural, religios sau politic.

Există însă şi situaţii în care valorile modelului sociocultural sunt cele care suferă un proces de criză de devalorizare. Ele se uzează, îşi pierd funcţia normativ-modelatoare a comunităţilor umane. Structurile sociale, instituţiile, relaţiile interumane lipsite de orice fel de normalitate se transformă în haos şi dezordine socială anomică. Comunitatea umană lipsită de repere îşi pierde sensurile sale naturale. Este cazul situaţiilor de criză socială, care afectează fiecare individ în parte, transformându-l o dată cu întregul sistem.

Toate aceste situaţii pun în discuţie, pe lângă integritatea sistemului social, şi integritatea individului, starea sa de echilibru sufletesc interior [illegible]e adaptare social-comportamentală externă. Aşadar, este pusă în discuţie însăşi problema stării ... *sănătate mintală* atât a individului, cât şi a comunităţii social-umane.

Cea care este chemată să aducă o importantă con[illegible]uţie la rezolvarea dezechilibrului sănătăţii publice a individului şi a comunităţii sociale este *igie... mintală*.

Suprasolicitările permanente la care este supus omul în viaţa cotidiană ridică serioase probleme, care se impun a fi rezolvate urgent. Modul de viaţă contemporan a adus schimbări importante atât pentru om, cât şi pentru grupul social-uman.

Condiţiile de viaţă, ritmul vieţii şi obligativitatea de asimilare a noului antrenează noi forme de manifestare a patologiei psihice: suprasolicitare, stres, stări reactive de tip nevrotic, anxios, depresii, afecţiuni psihosomatice, tulburări de comportament, conduite de tip deviant, sociopatii, creşterea violenţei, toxicomanii şi perversiuni sexuale. Toate acestea constituie un tablou sumbru al vieţii comunităţii umane a secolului XX, în plină expansiune a civilizaţiei.

Creşterea riscului de boli psihice prin înmulţirea factorilor morbigenetici ridică serioase probleme pentru societate. În aceste condiţii, singurele care pot contribui eficient şi imediat la ameliorarea condiţiilor de viaţă sunt acţiunile de igienă mintală.

Igiena mintală are astăzi nu numai o funcţie individuală, ci şi o importantă funcţie socială, comunitară. Ea este învestită cu autoritatea de a controla şi proteja starea de sănătate mintală a individului, precum şi a comunităţii sociale de indivizi. Ea are rolul de a promova factorii de sanogeneză, de a oferi recomandări pentru ameliorarea vieţii, de a planifica activitatea şi de a stabili o normă psihosocială adecvată conduitelor umane. În sensul acesta, igiena mintală devine o componentă esenţială a modelului sociocultural al societăţii respective. Ea trebuie să constituie unul din sectoarele oricărei societăţi moderne, civilizate, întrucât prin scopul pe care şi-l propune – menţinerea şi dezvoltarea stării de sănătate mintală – promovează principiile unei cultivări a echilibrului sufletesc prin măsurile de psihoprofilaxie a bolilor psihice. În felul acesta, igiena mintală se revelează ca un important factor de protecţie şi progres social. În plus, ea reprezintă şi

un mijloc de educaţie, de formare a individului, de protecţie şi adaptare a acestuia la noile condiţii ale unei lumi în mişcare şi evoluţie, contribuind astfel la progresul general al societăţii.

***

Având în vedere cele de mai sus, pentru formarea cadrelor de specialişti, se impune studiul igienei mintale ca disciplină independentă în cadrul procesului de instruire universitară. Igiena mintală trebuie să constituie nu numai un exerciţiu mintal, însuşirea unei sume de cunoştinţe teoretice despre om şi sănătatea mintală, ci şi un instrument de acţiune practică în activitatea de promovare a stării de sănătate mintală şi de combatere a bolilor psihice atât la individ, cât şi în cadrul comunităţii social-umane.

Deşi ramură a medicinei, igiena mintală, prin valenţele sale multiple, reprezintă un important instrument în activitatea psihologului, a defectologului, a asistentului social şi a sociologului. Ea nu este o activitate simplă, obişnuită. Acţiunea de igienă mintală se întemeiază pe un program de psihoprofilaxie, care implică activitatea unei „echipe terapeutice" complexe, cu caracter interdisciplinar, în care activitatea medicului, a psihiatrului şi a psihologului se împleteşte cu cea a infirmierei, a asistentei sociale, a defectologului, a sociologului, a juristului şi a economistului.

Orice acţiune de igienă mintală este o cooperare lărgită, în care statul este obligat să intervină, susţinând-o moral şi material. Este în interesul instituţiilor de stat şi guvernamentale să promoveze acţiunea de igienă mintală, pentru prevenirea creşterii riscului bolilor psihice, devianţelor sociopatice, violenţei, toxicomaniilor, alcoolismului, perversiunilor sexuale. Este mult mai uşor să previi decât să combaţi, să tratezi tulburări psihice sau sociopatice, o dată apărute. Este preferabil să menţii, chiar cu eforturi materiale, o societate sănătoasă, decât să te confrunţi cu probleme majore de sănătate mintală sau devianţă antisocială.

Dar igiena mintală nu este numai o acţiune de psihoprofilaxie a bolilor psihice, cu caracter medico-psihosocial. Ea este şi o paideia, o formă de educaţie, un sistem de formare a individului, a personalităţii umane, a modelelor de comportament social şi a relaţiilor interumane. Igiena mintală contribuie direct, prin mijloace de educaţie speciale şi diferenţiate, la crearea unui climat psihosocial echilibrat, armonios şi favorabil dezvoltării şi progresului tuturor membrilor societăţii. În acest sens, ea cultivă principiile morale ale toleranţei şi înţelegerii, ale cooperării şi progresului social pentru toţi membrii comunităţii umane. Ea are caracterul unei acţiuni permanente, absolut indispensabilă oricărei societăţi civilizate şi normale.

***

Această lucrare de igienă mintală reprezintă rezultatul cercetărilor ştiinţifice desfăşurate de noi pe parcursul a peste 20 de ani, în cadrul Institutului de Neurologie şi Psihiatrie al Academiei de Ştiinţe Medicale din România. În această perioadă am abordat majoritatea aspectelor legate de sănătatea mintală, factorii de risc şi vulnerabilitatea personalităţii faţă de bolile psihice, aspectele particulare legate de suicid, conduitele deviante, alcoolism, sociopatologia psihiatrică a grupului familial, epidemiologia bolilor psihice, adaptarea şi inadaptarea psihosociale, activitatea intelectuală şi surmenajul intelectual, nevrozele şi stările reactive, stresul psihic, aspectele morbidităţii psihice în grupul familial, aspectele medico-legale ale bolilor psihice, psihoprofilaxia şi recuperarea bolilor psihice etc.

Deosebit de preţioasă a fost colaborarea, în anii de activitate de la Institutul de Neurologie şi Psihiatrie din Bucureşti, a d-nei dr. Alexandra Retezeanu, distins cercetător psihiatru, om de o aleasă noblеţe şi de mare sensibilitate sufletească, atât de necesare activităţii psihiatrice. O rog să primească şi pe această cale expresia sentimentelor mele de mulţumire colegială.

Dar cel mai important moment a fost reprezentat de introducerea igienei mintale ca disciplină de studiu obligatorie la Universitatea din Bucureşti, precum şi la facultăţile cu profil psihologic din ţară.

Dorim ca acest *Tratat de igienă mintală*, primul de la noi din ţară şi printre foarte puţinele existente astăzi în lume, să reprezinte un îndreptar pentru tinerii studenţi, iar pentru specialişti, o sursă de răspunsuri la problemele pe care le ridică viaţa cotidiană.

Concepută după un plan original şi bazată pe studiile şi cercetările personale privind aspectele stării de sănătate mintală şi ale celei de boală psihică, individuală sau colectivă, lucrarea se bazează în egală măsură pe o bogată informaţie bibliografică din literatura ştiinţifică de specialitate. Toate sursele utilizate sunt menţionate.

În ceea ce priveşte bibliografia, am căutat să utilizăm cât mai mult posibil datele clasice, combinându-le cu cele actuale în domeniul respectiv. Trebuie menţionat faptul că igiena mintală ca atare a apărut în mod oficial în anul 1908 în Statele Unite ale Americii, ea fiind produsul unei societăţi democratice dornice de a contribui la promovarea valorilor umane în societate, sănătatea mintală şi echilibrul psihic constituind una dintre priorităţile sale principale. Nu am neglijat nici bibliografia europeană, menţionând chiar tendinţe anterioare anului 1908, manifestate încă din secolul al XIX-lea, în special în cadrul Şcolii franceze de psihiatrie. Toate sunt menţionate în cuprinsul lucrării la capitolul despre istoricul igienei mintale.

Un fapt interesant pe care l-am constatat la parcurgerea bibliografiei îl reprezintă evoluţia concepţiilor şi a practicilor în sfera igienei mintale care analizează schimbările ce au avut loc, în decursul secolului XX, în cazul mentalităţii, al modelelor socioculturale, al cunoştinţelor şi progreselor medicinei în general şi al psihiatriei în special, al practicii medicale. Un aspect deosebit de important şi specific secolului XX este „medicalizarea" societăţii, legată de statuarea *sănătăţii* ca valoare supremă în societate. Aceasta deschide perspectivele unui nou umanism, în sfera căruia aportul igienei mintale este esenţial pentru ameliorarea condiţiilor de viaţă şi activitate umană, a progresului umanităţii către un nivel superior de civilizaţie.

În sensul acesta, igiena mintală este chemată să contribuie nu numai la îmbunătăţirea sănătăţii psihice, comunitare şi individuale, ci are şi rolul de a crea o nouă mentalitate, un nou stil de viaţă, un tip de personalitate echilibrată fizic, psihic şi moral, capabilă de a se adapta şi a progresa în raport cu noile cerinţe sociale.

În acest spirit am conceput prezentul *Tratat de igienă mintală*, dorind ca el să poată răspunde şi unor frământate întrebări pe care societatea şi omul de astăzi şi le pun şi care se cer a fi soluţionate.

Bucureşti, iunie 1996

Secţiunea I

Aspectele generale ale igienei mintale

Capitolul 1

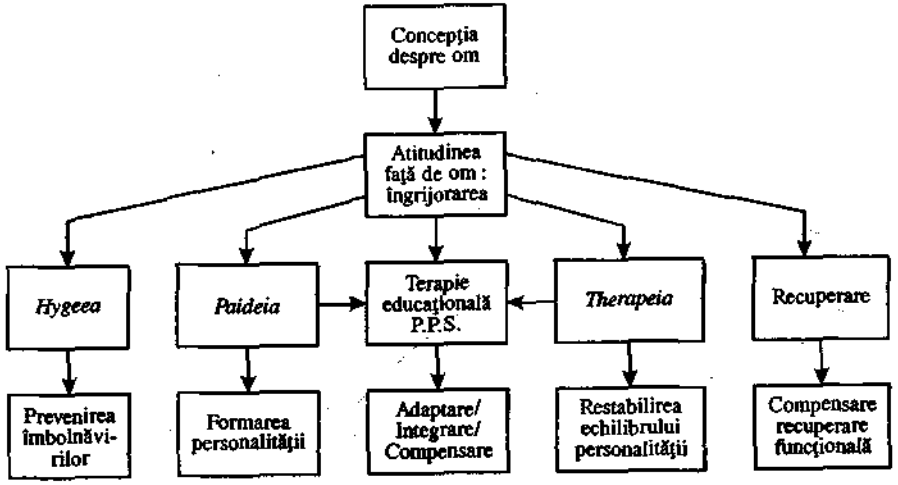
Domeniul igienei mintale

1. Originea şi precursorii igienei mintale

Acţiunea de „cultivare" a sănătăţii şi de „tratare" a bolilor are o lungă tradiţie în istoria civilizaţiei şi ea îşi trage substanţa din *concepţiile despre om* specifice fiecărei societăţi şi epoci istorice.

Orice *concepţie despre om* are ca efect, din punct de vedere practic, o anumită *atitudine faţă de om*, concentrată în totalitatea „măsurilor de îngrijire" a acestuia, vizând multiple aspecte (vezi schema de mai jos). Atitudinea faţă de om se diferenţiază în mai multe *domenii* de activitate practică în raport cu *obiectivele* urmărite. Aceste domenii, deşi se înfăţişează ca „discipline teoretice" şi „acţiuni de intervenţie practică" specializate şi net conturate, îşi recunosc sursa, aşa cum spuneam, în „îngrijirea omului". În sensul acesta distingem următoarele domenii specializate:

a) *hygeea*: domeniul ce are ca obiectiv păstrarea, promovarea şi dezvoltarea stării de sănătate fizică, psihică, morală şi socială atât a individului, cât şi a comunităţilor social-umane;
b) *paideia*: domeniul ce are ca obiectiv educaţia, formarea personalităţii individului, precum şi instrucţia acestuia, urmărind ca prin acţiunea sa să fie interiorizate un sistem de valori, norme şi modele de gândire, sensibilitate, conduite etc.;
c) *therapeia*: domeniul terapeuticii ce are ca obiectiv restabilirea echilibrului tulburat al persoanei umane, respectiv a stării de sănătate; ea urmăreşte combaterea bolilor şi restabilirea stării de sănătate pierdute; orice terapeutică are două aspecte principale:
   - *terapia alopatică* (*contraria contrariis curantur*), care caută să combată boala prin anularea cauzelor îmbolnăvirii şi a efectelor acestora;
   - *terapia homeopatică* (*similia similibus curantur*), care caută să combată boala prin administrarea în cantitate infinitezimală a unor substanţe, cu efect similar cauzelor ce au produs îmbolnăvirea, dar care, stimulând mecanismele biologice de autoapărare, duc la vindecare;
d) *recuperarea*: domeniul ce reuneşte totalitatea acţiunilor de compensare a stărilor de deficienţă/handicap postprocesual, restabilind echilibrul funcţional pierdut prin alte funcţii sau mecanisme cu caracter şi efect compensatorii;
e) *terapia educaţională*: reprezintă domeniul interdisciplinar ce rezultă din cooperarea *educaţiei* cu *terapia*; acesta este domeniul *psihopedagogiei speciale*, care, reunind totalitatea măsurilor de *educaţie* şi *terapie specială*, urmăreşte adaptarea/integrarea complexă a persoanelor cu handicap în societate, profesiune, familie, şcoală etc.

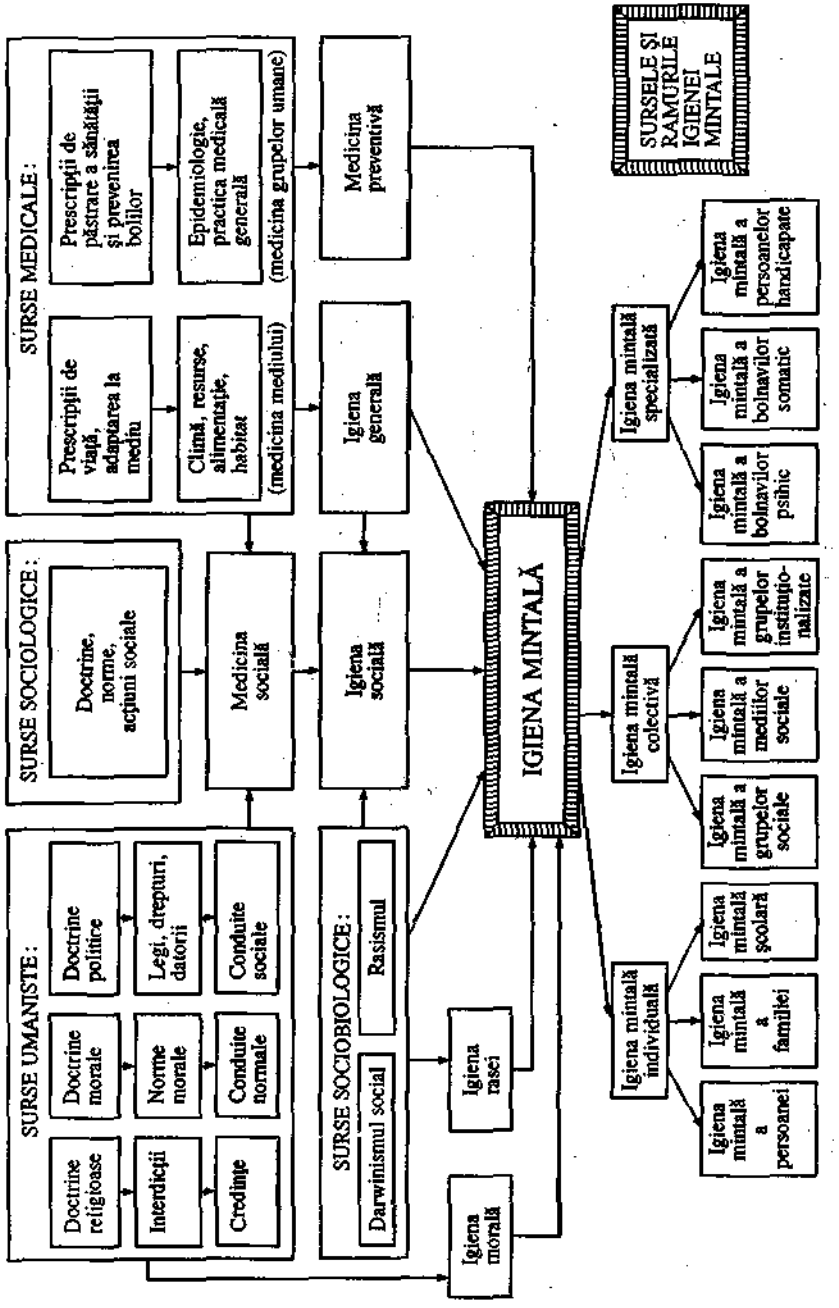


Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că toate formele de „îngrijire a omului" nu sunt decât domenii diferenţiate de activitate practică, în ceea ce priveşte „obiectivele" propuse, dar, provenind din aceeaşi „atitudine" faţă de persoană, se înrudesc între ele. Să urmărim în continuare modalitatea de constituire a *igienei mintale*.

Istoria apariţiei, constituirii şi dezvoltării igienei mintale este una dintre cele mai interesante. Contestată şi respinsă de nenumărate ori, apoi din nou acceptată, aceasta şi-a schimbat de multe ori denumirea şi caracteristicile în decursul timpului, pentru a putea supravieţui schimbărilor de mentalitate şi acţiune socială. Cu toate acestea, societăţile cu un înalt nivel de civilizaţie sau cele aflate în curs de dezvoltare nu au putut să renunţe la ea. Mai mult, putem afirma că o societate civilizată, complexă, cu un înalt nivel de dezvoltare şi în plină expansiune, se întemeiază în multe privinţe, pentru a putea supravieţui, pe igiena mintală.

Deşi s-a constituit relativ recent ca ştiinţă şi domeniu de activitate practică, aşa cum o vedem astăzi în sfera *medicinei* şi a *psihologiei aplicate*, *igiena mintală* sau *psihoigiena* s-a afirmat dintotdeauna în viaţa comunităţilor umane ca o *igienă socială*. Dacă acest din urmă concept, cu o istorie tensională şi plină de contradicţii, legat mai ales de confruntările ideologiilor social-politice totalitare ale secolului XX, a fost aparent şi poate pe nedrept condamnat la uitare, acceptându-se în locul său sintagma *igienă mintală*, nu putem trece peste această perioadă istorică recentă, întrucât *igiena mintală* face parte integrantă din viaţa socială, iar originile sale se identifică cu originile vieţii civilizate. Acest fapt istoric ne obligă să analizăm ce reprezintă *igiena mintală* ca „parte a vieţii sociale", aspect pe care-l putem înţelege numai căutând originile şi semnificaţia acesteia.

O privire istorică asupra trecutului civilizaţiei umane ne revelează trei surse principale, din care s-a constituit treptat, în decursul timpului, *igiena mintală* : *surse umaniste*, *surse sociologice* şi *surse medicale*. Să le urmărim în continuare (vezi schema de mai jos).



Sursele umaniste

Domeniul umanismelor este primul în care s-au constituit principiile igienei mintale. Valorile religioase, morale şi politice care normau viaţa oamenilor, a comunităţilor sociale au reprezentat în egală măsură şi prescripţii de psihoigienă.

Doctrinele religioase care normează raporturile dintre sacru şi profan au instituit interdicţii care au constituit primele forme de reguli de conduită (atitudini spirituale, credinţe etc). *Doctrinele morale*, prin normele impuse în relaţiile interpersonale, au contribuit în egală măsură la impunerea unor conduite etice pentru întreaga comunitate umană. *Doctrinele politice*, la rândul lor, prin legile statului care normau regimul libertăţilor (drepturi şi datorii), au statuat un anumit tip de relaţii şi ierarhii sociale şi o serie de conduite care decurg din acestea.

Sursele sociologice

Dacă aceste surse îşi exercită mai târziu influenţa asupra sferei igienei mintale, acţiunea lor, mai ales în secolele al XVIII-lea, al XIX-lea şi XX, a fost de o importanţă majoră. Doctrinele sociale şi mai cu seamă ideologiile social-politice au constituit o bază teoretică majoră în fundamentarea igienei mintale, ea dovedindu-se însă destul de fragilă şi chiar periculoasă în domeniul aplicării practice a acestor principii ideologice.

Sursele medicale

La fel de vechi din punct de vedere istoric ca şi sursele umaniste, sursele medicale reprezintă unul dintre fundamentele cele mai importante şi definitorii pentru configurarea formei şi a spiritului ştiinţific, a utilizării sale practice, pentru igiena mintală.

În istoria societăţilor civilizate, se disting două direcţii de evoluţie şi specializare a medicinei: *prevenirea îmbolnăvirilor* (sfera igienei) şi *tratamentul bolilor* (sfera medicinei clinice). Igiena mintală îşi recunoaşte sursele în prima dintre acestea.

Sursele medicale ale igienei mintale sunt reprezentate prin următoarele:

a) *medicina mediului*: prescripţii de viaţă, adaptarea la condiţiile mediului fizic natural, climă, resurse, alimentaţie, locuinţă;
b) *medicina grupelor umane*: prescripţii medicale de păstrare a sănătăţii şi prevenire a bolilor.

Dintre aceste două surse medicale, prima a dat naştere *igienei generale*, cea de-a doua, *medicinei preventive. Igiena mintală* îşi va recunoaşte rădăcinile în amândouă. În plus faţă de acestea, prin „medicalizarea" doctrinelor şi a ideologiilor sociale şi politice, s-a constituit *medicina socială*, al cărei rol important în multe privinţe nu poate fi contestat şi care a dat naştere *igienei sociale*, aceasta din urmă fiind domeniul prin care doctrinele sociale îşi exercită influenţa asupra *igienei mintale*. Putem, din acest moment, să afirmăm că *igiena mintală* s-a constituit ca disciplină ştiinţifică medicală şi psihosocială prin aportul a trei surse principale: *igiena socială*, *igiena generală* şi *medicina preventivă*.

Nu ne putem opri aici cu analiza noastră. Istoria constituirii ca ştiinţă teoretică şi ca practică medico-psihosocială a igienei mintale este plină de contradicţii, erori şi eşecuri, precum şi de valori umaniste şi rezultate care s-au impus. Să le trecem în revistă.

Dincolo de sursele mai sus menţionate, ideile moderne care au reformat şi atribuit un sens ştiinţific şi moral nou igienei mintale îşi au originea în doctrinele şi ideologiile social-politice reformatoare ale iluminiştilor din a doua jumătate a secolului al XVIII-lea, inaugurate de J.-J. Rousseau prin lucrarea sa *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* (1755). În egală măsură, din perspectiva antropologiei filosofice, doctrina morală a lui I. Kant, constituie un important fundament modern care introduce valorile morale ca normă de conduită a persoanei în relaţiile sale cu ceilalţi şi cu lumea. Constituindu-se, în felul acesta, ca o doctrină, dar şi ca o formă de acţiune morală, noua ideologie iluministă, care cuprindea *in nuce* ideile unei *igiene mintale*, recunoştea existenţa a numeroase probleme, conflicte, inegalităţi şi nedreptăţi sociale, militând pentru ameliorarea sau chiar lichidarea acestora. Din păcate însă, soluţiile propuse au avut un caracter de reforme utopice, transformând măsurile de igienă mintală în sisteme de reprimare şi discriminare socială cu efecte nefaste. Aceste aspecte s-au făcut prezente începând cu cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea şi au continuat în secolul XX.

În a doua jumătate a secolului al XIX-lea, sub influenţa romantismului, apar două direcţii de gândire şi atitudine ideologice noi: *evoluţionismul* în biologie şi *socialismul* în viaţa social-politică. Pornite cu cele mai bune intenţii de reformă şi progres social, ele au înregistrat pe parcursul istoriei numeroase eşecuri, care însă nu fac obiectul studiului nostru. Ceea ce ne interesează este faptul că doctrina evoluţionismului biologic şi cea a socialismului reformator social-politic vor deveni surse ideologice care vor exercita o influenţă puternică asupra sferei *igienei mintale*, prin intermediul *igienei sociale* şi ulterior prin *igiena rasială*. Ideile doctrinare le regăsim în lucrările lui Ch. Darwin (*Originea speciilor pe calea selecţiei naturale*), A. de Gobineau (*Essai sur l'inégalité des races humaines*) şi H.S. Chamberlain (*La genèse du XIX-ème siècle*). Aceste ideologii care îşi au sursa în spiritul expansivităţii romantice se deosebesc profund de spiritul temperat şi ordonat riguros conform cu principiile bunului-simţ, al raţiunii, profesat de iluminism.

Sub influenţa acestor ideologii social-politice, care au favorizat intrarea în istorie a regimurilor totalitare, practicile *igienei sociale şi rasiale* s-au dovedit a fi catastrofale prin consecinţele lor. Aceste aspecte au extins atitudinea de rezervă, chiar de interdicţie şi asupra măsurilor, în esenţa lor medico-psihologică, atât de importante şi necesare, în ceea ce priveşte *igiena mintală*.

Reabilitarea igienei mintale începe destul de timid în primele decenii ale secolului XX în S.U.A., căpătând amploare în a doua jumătate a secolului XX în Europa occidentală, iar astăzi redobândindu-şi statutul ştiinţific şi ca practică medico-socială universal recunoscută şi admisă. Indiferent însă de istoria contorsionată a igienei mintale, nu putem nega sursele acesteia şi aportul fiecăreia dintre ele la constituirea disciplinei. Asemenea exemple de constituire a unei ştiinţe nu sunt nici unice şi nici izolate. Trebuie să vedem şi să înţelegem acest proces de dezvoltare istorică eforturile căutării „obiectului", „metodelor" şi delimitarea „scopurilor practice" pe care le urmăreşte *igiena mintală*.

Dacă am stabilit care sunt sursele originare ale *igienei mintale*, să vedem în continuare care sunt „ramurile" de activitate practică ale acesteia. Distingem trei mari sectoare sau ramuri de activitate practică proprii *igienei mintale*. Acestea sunt următoarele:

a) *igiena mintală individuală*, ce are ca obiect *persoana*, dezvoltarea și evoluția acesteia, etapele de viață individuală; *viața în familie* sau psihoigiena cuplului; igiena mintală a *perioadei de școlaritate* și formare/instruire a individului;
b) *igiena mintală colectivă*, ce are ca obiectiv sănătatea mintală a colectivităților social-umane și se desfășoară în trei direcții: igiena mintală a *colectivităților umane*; igiena mintală a *mediilor sociale*; igiena mintală a *grupurilor instituționalizate*;
c) *igiena mintală specializată*, diferențiată ca formă de acțiune practică în raport cu obiectivele pe care și le propune, ca subspecialități; în sensul acesta, menționăm următoarele aspecte: igiena mintală a *bolnavilor psihic*; igiena mintală a *bolnavilor somatic* și *psihosomatic*; igiena mintală a *persoanelor handicapate*.

Am analizat, în cele de mai sus, care sunt sursele din care s-a constituit igiena mintală și care este conținutul acestei discipline. Deși de importanță esențială în viața unei societăți civilizate, cu o complexitate de probleme și în permanentă schimbare, igiena mintală continuă să fie subiectul unor dispute. Acestea nu vizează însă principiile și structura sa teoretică, ci modalitatea de „utilizare practică" a igienei mintale în viața socială. Apariția unor probleme noi de tipul „bioeticii", „eutanasiei", „experimentului terapeutic uman" etc., ce revin ca responsabilitate științifică igienei mintale, fac ca aceste probleme să interfereze cu doctrinele politice și cu mentalitatea socioculturală, cu sistemul de valori care normează viața socială. Toate aceste aspecte demonstrează că igiena mintală este un „domeniu de atitudine", dar și de „practică medico-psihosocială", privind păstrarea și promovarea stării de sănătate mintală individuală și colectivă, ceea ce-i conferă un statut special în seria disciplinelor medico-psihologice, dar și în organizarea vieții sociale.

2. Spiritul igienei mintale

Deși se înfățișează ca o disciplină științifică riguroasă, igiena mintală se întemeiază, așa cum am arătat, pe un sistem de valori preluate din sfera științelor umane. În centrul ei se află *OMUL*, starea de *sănătate mintală* a acestuia. Aceasta pune în prim-plan un „sistem de valori" atribuite persoanei și vieții acesteia. În sfera igienei mintale, omul și viața sunt valori care trebuie apărate, promovate și dezvoltate. Din perspectiva acestor idei se dezvoltă acțiunea de *psihoprofilaxie* și *recuperare*, proprie igienei mintale. Considerată din acest unghi de vedere, igiena mintală are un caracter doctrinar, de factură psihosociomorală, fiind depozitara unui sistem complex de valori, fapt care-i conferă un anumit profil funcțional de factură spirituală, integrat unei „concepții despre lume" (*Weltanschauung*).

Temele centrale ale igienei mintale sunt *sănătatea mintală* și *boala psihică*. În sfera igienei mintale, ele dobândesc semnificații noi și complexe, care prin valoarea lor depășesc cadrul strict al medicinei.

Sănătatea mintală este un concept care decurge din cel de *normalitate*, adaptat la viața psihică a individului. Ea este o stare atribuită persoanei, rezultând dintr-o „modelare

valorică" a acesteia ca urmare a acțiunii exercitate asupra individului sau a grupului de *indivizi de către modelul sociocultural*. Este un concept medico-psihologic (starea de echilibru fizic, psihic și moral), dar și medico-psihosocial (situația de adaptare-integrare în realitatea lumii și în relațiile cu ceilalți).

Boala psihică diferă în unele privințe de felul în care este înțeleasă și utilizată în sfera psihiatriei. Ea reprezintă, în sfera igienei mintale, un concept care decurge din cel de *anormalitate*. Rezultatul alteralității ființei umane este boala psihică, considerată ca o tulburare de diferite forme și grade a stării de echilibru fizic, psihic și moral al individului, dar, în același timp, și ca o inadaptare sau dezadaptare psihosocială a acestuia în raport cu lumea.

Igiena mintală își fixează *obiectivele* și *acțiunile* de realizare a acestora după alte „criterii", determinate în principal de păstrarea și restaurarea „valorilor umanului". Din acest punct de vedere, distingem în cazul igienei mintale trei aspecte principale:

a) *igiena mintală* este un *model de gândire* care evaluează starea de *normalitate psihică* și o atribuie individului sau grupului social, în funcție de „concluziile sale la un moment dat despre normalitatea psihică", stabilind formele acesteia, precum și abaterile de la normalitate, respectiv stările de anormalitate psihică;
b) *igiena mintală* este o *practică medicală*, mai exact medico-psihologică, ce decurge din această atitudine mai sus menționată, care urmărește promovarea stării de *sănătate mintală*, individuală sau de grup, prin următoarele grupe de măsuri:
   - protecția și stimularea sănătății mintale;
   - prevenirea și combaterea bolilor psihice;
c) *igiena mintală* este și un *model de norme*, ce are ca rol prescrierea de „reguli", individuale sau de grup, care privesc formarea persoanei, a conduitelor psihosociale, a unui sistem de comunicare interpersonal, a unui anumit tip de sensibilitate, mod de gândire etc.; în sensul acesta are un rol sistemul de valori socioculturale și moral-religioase acceptate și utilizate de igiena mintală.

3. Definiție, caracteristici, domeniu

Igiena mintală este, așa cum am menționat deja, un domeniu situat la frontiera *medicinei* și *psihologiei*. Ea împrumută cunoștințe de la ambele, dar se înfățișează ca o disciplină independentă. De la medicină preia principiile profilactice ale igienei generale, iar de la psihologie, problematica sănătății mintale. Teoretică în ceea ce privește analiza stării de sănătate mintală, ea devine știință aplicată prin instituirea măsurilor de menținere și dezvoltare a acesteia, precum și prin prevenirea apariției bolilor psihice, a devianților sau sociopatiilor, atât la nivel individual, cât și colectiv.

Pentru D. Chavigny, igiena – ca știință aplicată – este un domeniu al contingențelor. Ea trebuie să țină cont de grupele populaționale, în diversitatea lor, de climate, profesiuni, de starea civilă, de temperamente și de facultățile intelectuale. Igiena mintală trebuie să aibă în vedere multitudinea de aspecte pe care le implică variațiile socioculturale ale grupelor umane, întrucât acestea, prin modelul sociocultural, influențează în mod direct configurația stării de sănătate mintală, aspirațiile și comportamentele individuale sau de grup.

Vizând modelarea sănătății mintale în raport cu valorile modelului cultural, igiena mintală își relevă o a treia dimensiune, social-morală, de formare paidetică a omului: dimensiunea *umanistă*.

A. Porot definește igiena mintală ca fiind „ansamblul de precauții și de măsuri destinate să mențină echilibrul psihic, să prevină dezordinile mintale și să ușureze adaptarea persoanelor la mediul lor. Această acțiune preventivă se poate exercita pe plan individual sau pe plan colectiv și social".

Înfățișându-se ca domeniu științific bine conturat, igiena mintală are caracteristici proprii, de ordin individual și colectiv.

Igiena mintală individuală privește persoana, urmărind păstrarea la aceasta a stării de echilibru mintal, în raport direct cu starea de echilibru fizic, somatic, conform principiului *„mens sana in corpore sano"*.

Caracteristicile *igienei mintale individuale* sunt următoarele:

a) menținerea raportului constant dintre echilibrul mintal și echilibrul fiziologic, prin evitarea exceselor alimentare, a utilizării alcoolului sau a drogurilor, prin activitate fizică și mișcare;
b) respectarea odihnei, a somnului de noapte, evitarea sedentarismului, dar și a efortului fizic prelungit, evitarea abuzului de medicamente sedative sau hipnotice;
c) evitarea evenimentelor psihotraumatizante ale vieții, cu valoare emoțional-afectivă negativă, a stărilor de tensiune psihică prelungite, a eșecurilor, a conflictelor etc.

Caracteristicile *igienei mintale colective* sunt următoarele:

a) menținerea, dezvoltarea și perfecționarea stării de sănătate mintală a grupelor social-umane;
b) prevenirea situațiilor generatoare de conflict, panică, dezordine socială, cu implicații asupra echilibrului din cadrul grupului social;
c) instituirea unor măsuri de psihoprofilaxie în masă a factorilor care pot perturba starea de sănătate mintală a grupului.

În sensul acesta, A. Porot, având în vedere dimensiunea socială a igienei mintale, o consideră ca fiind „acea parte a medicinei care tratează despre *mediu* și *om*, despre relația dintre acestea și care caută să ajusteze factorii de mediu la necesitățile umane în sensul dezvoltării favorabile a acestuia".

4. Obiectul igienei mintale

Obiectul igienei mintale este *omul*, persoana sub toate aspectele sale: biologic, psihologic, medical, social, cultural-moral și spiritual.

O definiție unanim acceptată și definitivă a omului este imposibil de dat. Fr. Nietzsche spunea că „omul este animalul care nu poate fi definit niciodată".

M. Ralea deosebește trei grupe de definiții ale omului: *raționaliste*, *sociale* și *practice*. Definițiile raționaliste accentuează latura inteligenței umane ca fiind unica sa caracteristică (Aristotel, I. Kant, B. Pascal, E. Herder, L. Klages). Definițiile sociale pun accentul pe caracterul comunitar al existenței umane (L. von Wiess, E. Spranger). Definițiile pragmatice fac referire la capacitatea omului de a acționa, punând accentul pe

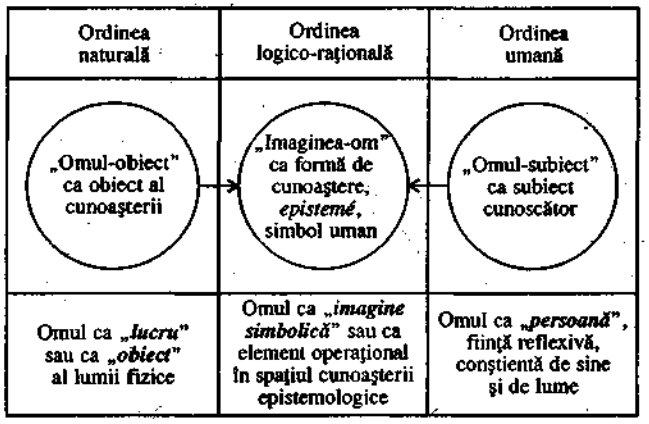
activitatea productivă a acestuia, prin care sunt obținute bunurile materiale (L. Seve, T. Kotarbinski, A. Pellettier și F.J. Goblot).

Sintetizând aspectele legate de om, K. Jaspers afirmă că „omul este ființa dotată cu limbaj și gândire (*zoon logon echon*), care acționează într-o societate conform unor legi (*zoon politikon*) și produce unelte cu ajutorul cărora lucrează (*homo laborans*), asigurându-și existența conform unei planificări comunitare (*homo oeconomicus*)". La acestea, E. Mayr mai adaugă și dimensiunea istorică a omului, legată de cea culturală.

A. Schopenhauer vorbește de trei dimensiuni ale persoanei umane: *ce este* cineva, personalitatea în sensul cel mai larg sau „a fi"; *ce are* cineva, acțiunea de a poseda sau „a avea"; *ce reprezintă* cineva, ce întreprinde individul sau „a face".

Reluând aceste teze, J.-P. Sartre susține că la baza realității umane stau „trei categorii existențiale cardinale: *a avea*, *a face* și *a fi*".

Întrucât omul nu poate fi definit niciodată complet, am preferat, în funcție de necesitățile impuse de igiena mintală, să-l considerăm în felul următor:


Ordinea naturală
Ordinea logico-rațională
Ordinea umană
„Omul-obiect" ca obiect al cunoașterii
„Imaginea-om" ca formă de cunoaștere, *epistemé*, simbol uman
„Omul-subiect" ca subiect cunoscător
Omul ca *„lucru"* sau ca *„obiect"* al lumii fizice
Omul ca *„imagine simbolică"* sau ca element operațional în spațiul cunoașterii epistemologice
Omul ca *„persoană"*, ființă reflexivă, conștientă de sine și de lume

Conform schemei de mai sus, remarcăm trei aspecte sub care se înfățișează și poate fi studiat omul:

a) în *ordinea naturală*, avem de-a face cu „omul-obiect", considerat obiect al cunoașterii, adică omul ca parte sau ca „obiect" al lumii fizice, naturale;
b) în *ordinea logico-rațională*, avem de-a face cu „imaginea-om", considerat o formă a cunoașterii științifice-raționale, ca un epistem, simbol uman; acesta este omul care ne apare ca o imagine simbolică sau ca un element operațional în spațiul cunoașterii, al epistemologiei;
c) în *ordinea umană*, avem de-a face cu „omul-subiect", considerat subiect cunoscător, persoana ca ființă reflexivă, conștientă de sine, dar și de lume.

Din cele de mai sus rezultă faptul că *persoana* are două dimensiuni: omul ca ființă a naturii, ca obiect al lumii fizice; omul ca ființă umană sau aspectul său subiectiv, considerat ca existență temporală sau dimensiunea istorică a omului.

„Imaginea-om" este un simbol operaţional, desemnând, de fapt, personalitatea, şi nu persoana, sau totalitatea cunoştinţelor noastre epistemologice despre om. Aspectul subiectiv este inclus în cel obiectiv.

K. Jaspers, situat pe poziţiile interdisciplinare ale medicului psihiatru şi filosofului, consideră omul ca pe o „fiinţă-în-sine", concept cuprinzător, globalizant (*Ungreifende*), care este construit din următoarele:

a) *fiinţa care ne înconjură*: lumea şi transcendenţa;
b) *fiinţa care suntem* sau pe care o reprezentăm: subiectul vital (obiectivitatea pură, instinctele); conştiinţa în general (sciziunea obiect-subiect); spiritul (subiectivitatea pură, convingerea); existenţa (ceea ce ne angajează, credinţa).

Analiza naturii persoanei umane în sfera igienei mintale ne dezvăluie câteva aspecte particulare ale acesteia, extrem de interesante teoretic şi de o mare importanţă practică.

Obiectul igienei mintale este starea de *sănătate mintală*, iar aceasta reprezintă *normalitatea psihică*; ei i se opune *boala mintală* sau *anormalitatea psihică*. Normalitatea şi anormalitatea coexistă în persoană, deşi sunt antinomice, prin natura contrarie a sensului lor valoric. Faptul că le cuprinde pe amândouă denotă caracterul *organizării ambivalente* a sistemului personalităţii. Această ambivalenţă este supusă *principiului echilibrului contrariilor*, reprezentat în cazul corpului viu prin *principiul vitalităţii*. A fi sănătos sau a fi bolnav sunt două situaţii ontologice egal posibile de „a fi" ale persoanei umane. În virtutea *principiului vitalităţii*, persoana trebuie văzută şi înţeleasă ca un sistem autoechilibrat care-şi găseşte stabilitatea internă şi adaptarea externă, în conformitate cu *principiul autoafirmării şi autonegaţiei*.

Persoana umană este un sistem organizat dinamic. Formarea sau organizarea, precum şi dezorganizarea sau destructurarea sa se vor face în virtutea *principiului organizării ierarhic-stratificate* a aparatului psihic. *Sănătatea mintală*, precum şi *boala psihică* apar şi se manifestă în strictă conformitate cu aceste principii mai sus menţionate. Acestea explică „balanţa normal/patologic", respectiv starea de *echilibru* (sănătate mintală) şi cea de *dezechilibru* (boală psihică).

Este vorba despre un alt fel de determinism? Suntem înclinaţi să admitem faptul că atât echilibrul, cât şi dezechilibrul psihic ţin de o anumită „dispoziţie interioară", de un anumit „potenţial energetic" al persoanei structurat genetic, neuropsihofiziologic, dar şi consolidat prin educaţie, instrucţie, interiorizarea valorilor morale, religioase, imitarea unor modele pozitive (familie, şcoală, societate etc.).

Aceste aspecte, despre care am mai tratat şi cu alte ocazii (v. C. Enăchescu, *Tratat de psihopatologie*), reprezintă un îndreptar cu ajutorul căruia putem înţelege şi explica atât sănătatea mintală, cât şi boala psihică, fiind un preţios instrument de gândire în sfera igienei mintale.

Din cele de mai sus se desprinde faptul că pentru igiena mintală „omul" este considerat în primul rând sub aspectul său antropologic, întrucât se are în vedere raportul dintre persoană şi starea de sănătate mintală. Or, starea de sănătate mintală nu mai este percepută ca în medicină, în relaţia sa cu boala, şi nici ca în psihologie, ca o dimensiune caracteristică a personalităţii. În sfera igienei mintale, starea de sănătate mintală este considerată o dimensiune ontologică naturală a persoanei, iar boala un accident al existenţei.

Pe aceste considerente, igiena mintală devine o parte integrantă şi poate una dintre cele mai importante ale antropologiei medico-psihologice (P. Christian, V.E. Gebsattel, F. Laplautine, Cl. Herzlich).

Pornind de la *om*, obiectul igienei mintale este extins cu predilecţie, ca specializare, către *sănătatea mintală*.

A. Porot defineşte starea de sănătate mintală ca fiind „aptitudinea psihicului de a funcţiona într-un fel armonios, agreabil, eficace, atunci când circumstanţele îi permit, făcând faţă cu supleţe la situaţiile dificile şi menţinându-şi echilibrul dinamic".

Sănătatea mintală este echivalentă cu starea de *normalitate psihică* şi constituie condiţia esenţială a existenţei persoanei. Ea se caracterizează prin următorii parametri: starea de echilibru interior; echilibrul dintre persoană şi lume, ca expresie a adaptării; comportamentul orientat adecvat între „stimul" şi „scop" sau între „motivaţie" şi „ideal"; gândirea coerentă, fluentă, logică; capacitatea de a acţiona pozitiv, de a găsi soluţii adecvate fiecărei situaţii de viaţă individuală.

În corelaţie directă cu starea de *sănătate mintală*, se pune pentru igiena mintală problema *bolii psihice*. În sfera igienei mintale, boala psihică este percepută ca opusul stării de sănătate mintală şi are semnificaţia unui accident ontologic al persoanei umane. Din punct de vedere clinico-medical, boala mintală este obiectul psihiatriei, care se ocupă de cauzele acesteia şi de măsurile de ordin medico-terapeutic ce se impun în astfel de situaţii.

Considerând boala mintală un fapt ontologic, igiena mintală îşi extinde sfera de interese şi la dimensiunile extramedicale ale acesteia; socială, culturală, morală, juridică, toate constituind, împreună, atitudinea faţă de boala psihică şi bolnavul mintal, în cadrul unei societăţi date (A. Porot). În sensul acesta, o valoare esenţială în ceea ce priveşte „forma" şi „semnificaţia" bolii mintale o are modelul sociocultural prin sistemul său de valori.

În general, influenţa modelului sociocultural asupra bolii mintale se exprimă prin atitudinea societăţii faţă de aceasta. Cele mai frecvente aspecte sunt următoarele: credinţa în fatalismul evolutiv al nebuniei şi incurabilitatea acesteia; caracterul misterios şi frica pe care o inspiră boala mintală; ideea că orice bolnav psihic este o fiinţă răufăcătoare şi periculoasă pentru societate; tendinţa de a considera bolnavul mintal incapabil de orice activitate normală; caracterul infamant al nebuniei.

5. Metode şi obiective

Având la origine un caracter interdisciplinar, igiena mintală îşi alege metodele din domenii diferite, de predilecţie medico-psihosociale, corespunzător cu obiectivele pe care şi le propune.

Principalele *obiective* pe care şi le propune acţiunea de igienă mintală sunt următoarele:

a) prelucrarea ştiinţifică a măsurilor privind întărirea sănătăţii publice şi stabilirea formelor de psihoigienă la persoanele de vârste diferite şi în diverse sectoare de activitate, cu aprecierea nocivităţii fiecăruia dintre ele;
b) studiul condiţiilor sociale şi de mediu general care contribuie la răspândirea bolilor mintale;

c) instituirea unor metode sociopsihiatrice, demografice şi medico-sociale de depistare precoce a bolilor mintale, extinderea acestora, raportul dintre diferitele lor forme, dinamica psihosocială a acestora, tendinţele de evoluţie statistico-demografice etc.;
d) stabilirea principiilor şi a metodelor de asistenţă, precum şi organizarea corespunzătoare a reţelei spitaliceşti şi ambulatorii de psihiatrie;
e) fundamentarea teoretică şi stabilirea metodelor de educaţie a maselor largi ale comunităţii sociale în domeniul igienei mintale, prin asimilarea cunoştinţelor şi formarea deprinderilor necesare întăririi şi păstrării unei stări de sănătate mintală optimă;
f) studiul factorilor etiologici complecşi ai bolilor mintale (aspectele genetice, biologice, psihologice, sociale, economice etc.), precum şi al mecanismelor de acţiune a acestora;
g) cercetarea şi instituirea unor măsuri constând în întreprinderea unor investigaţii minuţioase în domeniul posibilităţilor de transmitere a unor boli psihice ereditare, în scopul stabilirii legilor de transmitere ereditară a trăsăturilor de caracter şi comportament, a defectelor psihopatologice ale personalităţii, precum şi a influenţelor nocive care ar putea acţiona asupra concepţiei sau în perioada de gestaţie. Dintre acestea, menţionăm: sfaturi adresate familiilor tratate psihic sau cu risc genetic în acest sens; sfaturi adresate familiilor pe linia consangvinităţii; sfaturi de igienă mintală pentru tinerii căsătoriţi; răspândirea în rândul populaţiei a cunoştinţelor de igienă mintală, cu caracter de educaţie sanitară; educaţia sexuală corectă a tineretului; introducerea obligatorie a certificatelor prenupţiale de apreciere a stării de sănătate mintală; acordarea unor sfaturi genetice în cazurile de afecţiuni fizice mutilante, boli infecţioase sau cronice (sifilis, tuberculoză) [illegible]toxicaţii cronice (alcoolism, stupefiante, medicamente psihotrope), influenţe morale şi sociale negative etc.;
h) cultivarea în rândul populaţiei a unei men[illegible]tăţi conform căreia starea de sănătate mintală optimă este condiţia esenţială a dezv[illegible]tării armonioase şi echilibrate (fizică, intelectuală şi socială) a membrilor comunităţii umane respective;
i) instituirea unui program larg de sănătate mintală bazat pe specificul problemelor comunităţii umane respective, pe necesităţile acesteia;
j) depistarea precoce a tulburărilor mintale şi instituirea imediată a unor măsuri adecvate de combatere a acestora;
k) organizarea reţelei de asistenţă spitalicească şi ambulatorie, a organismelor de postcură şi de recuperare, care urmăresc reducerea morbidităţii, a perioadei de evoluţie a bolii, favorizând readaptarea socială, familială şi profesional-şcolară a bolnavului mintal;
l) adoptarea unor măsuri speciale de recuperare a deficienţilor psihic, de reorientare profesională etc.;
m) rezolvarea problemelor psihosociale ale copiilor inadaptaţi social, cu tulburări mintale sau de dezvoltare somatică, prin instituirea unor măsuri psihoigienice de ordin medico-psihiatric şi medico-pedagogic.

Faţă de cele mai sus menţionate, Comitetul Ştiinţific pentru Sănătate Mintală al grupului de experţi OMS propune ca prioritare următoarele probleme:

a) problema copilului şi a copilăriei, delincvenţa juvenilă, tulburările de comportament, de adaptare, carenţele afective familiale, adopţiunea;

b) igiena mintală a persoanelor de vârsta a treia şi măsurile de protejare psihosocială a acestora;
c) influenţa factorilor de civilizaţie ai vieţii moderne asupra stării de sănătate mintală a populaţiei;
d) problema alcoolismului şi toxicomaniilor;
e) cercetările de etnopsihiatrie privind formele şi variaţiile stării de sănătate mintală în perspectiva psihiatriei transculturale;
f) studiile de epidemiologia bolilor psihice, cu instituirea unor programe adecvate de psihoprofilaxie, conform necesităţilor;
g) studiile privind clasificarea internaţională a bolilor psihice;
h) studiile de psihiatrie socială;
i) studiile de psihiatrie biologică (genetică, biochimie, neuropsihologie, psihofarmacologie etc.).

În scopul realizării acestor obiective pe care şi le propune, igiena mintală utilizează o gamă complexă şi variată de metode.

Metodele de apreciere a stării de sănătate mintală au caracterul unor investigaţii ce urmăresc precizarea stării de sănătate mintală, factorii care o influenţează, dinamica acesteia etc.

Metodele de influenţare a sănătăţii mintale sunt metode psihoprofilactice de igienă mintală ce urmăresc păstrarea, protejarea şi stimularea sanogenezei, cu combaterea concomitentă a factorilor morbigenetici.

Metodele de apreciere a stării de sănătate mintală

a) *Metodele sociologice* (E. Durkheim, R. Pressat, V. Trebici, J. Poirier, E. Stoetzel) constau în: studii demografice şi etnoculturale privind structura socială a populaţiei şi dinamica acesteia în raport cu sănătatea mintală; ancheta socială a persoanei, în familie, la locul de muncă, în cadrul grupului comunitar căruia îi aparţine aceasta; sondajele de opinie publică şi de apreciere a atitudinilor societăţii faţă de sănătatea mintală şi boala psihică; analiza acţiunii mass-media în raport cu sănătatea mintală.
b) *Metodele psihosociale* (J.M.G. Wilson şi G. Junger, M. Audisio, D. Apple, R.G. Barker, R. Bastide, J.L. Moreno, J. Picat, D.D. Reid, J. Zubin) urmăresc analiza aspectelor de sano- sau morbigeneză în cazul unei populaţii şi constau în: metode de analiză a dezvoltării somato-psihice a populaţiei, formarea personalităţii, crizele de dezvoltare sau de involuţie, ritmul şi factorii etapelor de dezvoltare, caracterul involuţiei; metodele epidemiologice urmăresc analiza stării de sănătate mintală a populaţiei, morbiditatea prin bolile psihice, factorii de risc, precum şi formele cele mai adecvate de corectare a acestor aspecte.
c) *Metodele psihologice* de investigare psihodiagnostică a sănătăţii mintale (J. Delay şi P. Pichot, A. Meili, A. Porot) sunt reprezentate prin scale de evaluare, chestionare, teste de inteligenţă sau de personalitate aplicate unui mare număr de subiecţi, în scopul evaluării nivelului general de sănătate mintală.
d) *Metodele psihiatrice* (J. Delay şi P. Pichot, H. Ey, A. Porot) urmăresc nivelul de boală psihică, formele şi dinamica acesteia. Ele se bazează pe examenul clinico-psihiatric. R. Amiel şi F. Lebigre au propus un chestionar intitulat *Test rapid de apreciere a sănătăţii mintale*, în scopul depistării precoce a tulburărilor psihice.

Teste-chestionare similare sunt scalele de evaluare, cum ar fi BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*), *Scala pentru depresii* a lui Hamilton şi NSA (*Neuropsychiatric Sreen Adjunct*) de depistare a tulburărilor psihice. Aceasta din urmă a fost modificată de R. Amiel şi F. Lebigre, care au adaptat-o necesităţilor de investigaţie ale igienei mintale, creând *Testul de sănătate totală*, denumit şi *Testul de referinţă personală*, ce investighează atât aspectele psihice, cât şi pe cele somatice.

Metodele de influenţare a sănătăţii mintale

Metodele psihopedagogice şi profesionale au un rol important în adaptarea invalizilor la condiţiile cele mai adecvate de activitate profesională sau şcolară, pe care le pot realiza cu maximum de eficienţă, facilitând menţinerea unei stări de sănătate normale.

Metodele psihoprofilactice cuprind un complex de măsuri menite să menţină şi să dezvolte sănătatea mintală, precum şi să combată eventualele noxe din mediu care ar putea duce la tulburarea acesteia. În acest sens, se va ţine seama de următoarele: organizarea riguros planificată a regimului de muncă; evitarea eforturilor excesive sau a monotoniei; asigurarea unor condiţii socioeconomice corespunzătoare unui nivel de trai decent; stimularea acţiunii factorilor de sanogeneză; desfăşurarea unor acţiuni care să faciliteze atât adaptarea optimă a individului la condiţiile de mediu social, evitându-se „şocul noului", cât şi integrarea rapidă a acestuia în condiţiile progresului social; combaterea factorilor morbigenetici cu acţiune psihotraumatizantă asupra persoanei; accesul individului la valorile culturale, morale şi spiritual-religioase favorabile dezvoltării ortopsihice a personalităţii sale; instituirea unor forme de educaţie sanitară larg accesibile publicului, în scopul cunoaşterii şi deprinderii principiilor igienei mintale.

6. Activitatea de igienă mintală

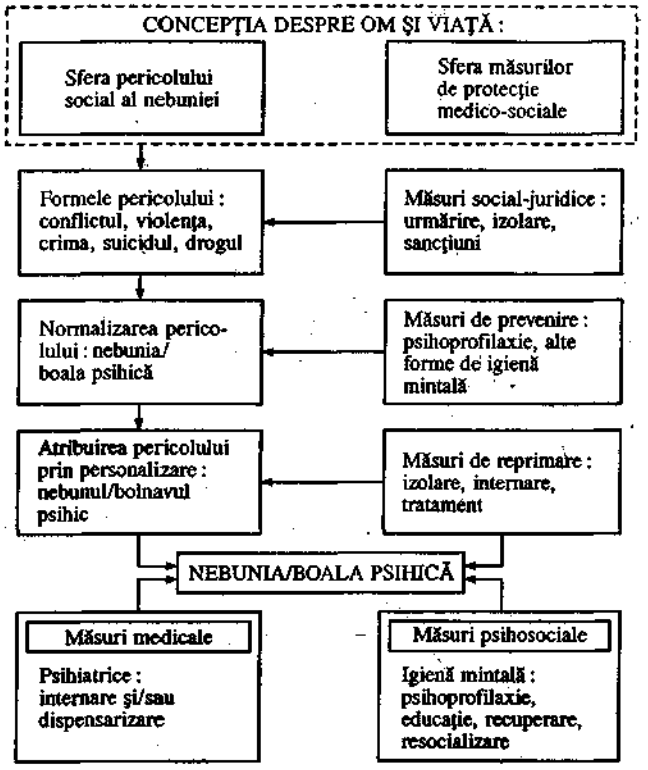
Activitatea de igienă mintală are la origine o anumită „concepţie despre om şi viaţă" din care decurg două tipuri de atitudini:

a) pe de o parte, o atitudine valorică privind protecţia stării de *sănătate mintală* (psihică, morală şi socială), care depinde de integritatea persoanei umane şi de calitatea vieţii acesteia;
b) pe de altă parte, o atitudine gradată de rezervă, teamă şi repulsie faţă de *nebunie* (boala mintală) ca stare dezonorantă ce devalorizează persoana umană şi este asociată întotdeauna cu pericolul antisocial, potenţial sau manifest, al acestor indivizi.

Plecând de la aceste puncte de vedere teoretice, este demarată acţiunea de protecţie socială faţă de nebunie, concomitent cu instituirea unor măsuri practice de asistenţă a bolnavilor psihic, aşa cum se poate vedea în figura alăturată.

În scopul realizării obiectivelor propuse, igiena mintală organizează, conform unei strategii proprii, acţiunea de psihoprofilaxie şi recuperare a sănătăţii mintale în grupul social.

Această activitate complexă se desfăşoară sub diferite forme în jurul Centrului de Sănătate Mintală, care are următoarele atribuţii: activitatea practică de psihoprofilaxie


CONCEPŢIA DESPRE OM ŞI VIAŢĂ:
Sfera pericolului social al nebuniei
Sfera măsurilor de protecţie medico-sociale
Formele pericolului: conflictul, violenţa, crima, suicidul, drogul
Măsuri social-juridice: urmărire, izolare, sancţiuni
Normalizarea pericolului: nebunia/ boala psihică
Măsuri de prevenire: psihoprofilaxie, alte forme de igienă mintală
Atribuirea pericolului prin personalizare: nebunul/bolnavul psihic
Măsuri de reprimare: izolare, internare, tratament
NEBUNIA/BOALA PSIHICĂ
Măsuri medicale
Psihiatrice: internare şi/sau dispensarizare
Măsuri psihosociale
Igienă mintală: psihoprofilaxie, educaţie, recuperare, resocializare

a bolilor psihice; studii de epidemiologie a morbidităţii prin bolile psihice; recuperarea deficienţilor psihic; acţiuni antialcoolice şi lupta antidrog; dispensarizarea bolnavilor psihic; educaţia sanitară în domeniul igienei mintale.

În cadrul Centrului de Sănătate Mintală, activitatea este desfăşurată de o „echipă terapeutică" specializată, cu caracter interdisciplinar, în care rolul director îi revine medicului psihiatru specializat în igiena mintală şi recuperarea bolnavilor psihic. Acţiunea de igienă mintală a Centrului se axează pe problemele de profilaxie, ce constau în următoarele aspecte: profilaxia primară, care vizează prevenirea apariţiei unor boli psihice; profilaxia secundară, ce cuprinde măsurile ce tind să scurteze evoluţia clinică şi să diminueze consecinţele bolii psihice; profilaxia terţiară, având ca scop readaptarea socială sau recuperarea complexă, familială, socială şi profesională a deficientului psihic.

Postulatul de la care pleacă orice acţiune de igienă mintală îl constituie faptul că sănătatea mintală reprezintă indicatorul stării de normalitate a unei societăţi şi că aceasta poate fi alterată de factorii perturbatori care o influenţează negativ (E. Fromm).

Primul act care trebuie întreprins este definirea stării de sănătate mintală optimă pentru un grup social-uman dat. E. Fromm se întreabă, pe bună dreptate, dacă o societate poate fi considerată bolnavă psihic. Există diferenţe importante între boala

mintală individuală şi dimensiunea sa socială, susţine E. Fromm. Primul aspect şi cel mai important pentru a defini acordul dintre *individ* şi *societate* în ceea ce priveşte sănătatea mintală sau boala psihică este dat de *privaţiune* sau de *factorii de interdicţie.* Orice factor de privaţiune, pe plan individual, sau de interdicţie, pe plan comunitar-social, poate duce la tulburarea stării de sănătate mintală.

În această privinţă E. Fromm remarcă faptul că factorii de privaţiune, dacă ating individul, duc la modificări ale comportamentului şi ale libertăţii de exprimare, sfârşind prin a face ca persoana să nu mai poată fi ea însăşi, ci o alta. Acest aspect este denumit de E. Fromm „defect al persoanei umane".

Dacă, dimpotrivă, factorii de privaţiune interesează întreaga comunitate social-umană, cu aceleaşi efecte ca în cazul persoanei individuale, ei fac să apară manifestări de tip anormal în grupul social. În acest sens, E. Fromm vorbeşte despre „defecte ale modelului social". Prin urmare, aşa cum se poate vorbi despre o stare de sănătate mintală sau de boală psihică în cazul individului, acelaşi lucru se poate afirma şi în cazul comunităţilor social-umane (E. Fromm).

Din această cauză, *acţiunea de igienă mintală* va avea un dublu aspect: *individual* şi *social-comunitar.*

Principiile şi acţiunile de igienă, în general, şi de igienă mintală, în special, sunt acceptate în mod diferit de diferite grupuri etnosociale, în raport cu variaţiile unor modele socioculturale diverse.

Se remarcă, în sensul acesta, mai multe niveluri de accepţiune a măsurilor de igienă: în raport cu tradiţiile şi cutumele statuate; în raport cu temperamentul specific grupului respectiv; în raport cu comportamentele şi normele acestuia şi, nu în ultimul rând, cu posibilităţile socioeconomice.

Din aceste motive, pentru a putea impune regulile igienei mintale sunt necesare vederi largi, un spirit deschis de toleranţă şi înţelegere, bunăvoinţă, forţă de convingere şi, mai ales, utilizarea valorilor unui model ideal de viaţă.

Acţiunea de igienă mintală este organizată de către instituţiile abilitate în acest scop, avându-se în vedere o largă cooperare cu factorii medico-psihologici, socioculturali, economici şi spiritual-morali. Ea trebuie să ţină seama de realităţile modelului socio-cultural, precum şi de datele rezultate din ancheta epidemiologică a stării de sănătate mintală şi boală psihică în grupul populaţional considerat.

Se vor institui măsuri adecvate de psihoprofilaxie, intervenţie în criză şi măsuri de recuperare postcritică. Activitatea acestora cade în competenţa „echipelor terapeutice" sau de sănătate mintală, care vor acţiona în cadrul *dispensarelor* sau al *laboratoarelor de sănătate mintală*, al *organismelor de postcură şi recuperare* (sanatorii, cămine-şcoală, şcoli profesionale protejate, învăţământ special etc.). Un loc important îl au *cabinetele de psihiatrie* din reţeaua medicală de asistenţă ambulatorie sau *secţiile şi spitalele de psihiatrie.*

Un rol deosebit trebuie acordat asistenţei şi protecţiei unor categorii sociale, cum sunt copiii şi adolescenţii, familia, populaţia cu handicap, bolnavii psihic cu afecţiuni cronice, precum şi unor factori cu risc crescut de vulnerabilitate psihică, precum: alcoolismul, toxicomaniile, tentativele de suicid, delincvenţii, alte sociopatii.

Pe lângă măsurile psihoprofilactice, în cadrul recuperării extrem de importante vor fi reorientarea profesională şi resocializarea bolnavilor psihic sau ale deficienţilor.

7. Istoric

Deşi s-a constituit ca disciplină teoretică şi specialitate medico-socială abia în secolului XX, se poate spune că ideea de igienă mintală şi principiile acesteia le regăsim din cele mai vechi perioade ale istoriei umanităţii civilizate. Astfel, referinţe la *nebunie* descoperim deja încă în scrierile Vechiului Testament şi în Evanghelii, sub forma exprimării unei relaţii între sfera sacrului şi cea a nebuniei. Această relaţie este observată şi de către Socrate, care afirma că „cele mai mari binefaceri ne vin de la zei pe calea nebuniei". Referiri la nebunie întâlnim şi la Homer, subiectul *Iliadei* constituindu-l „divina nebunie" (*theamania*) a lui Achile.

În Antichitatea clasică, nebunia ocupă spaţiul tragicului, ea apărând ca o pedeapsă, o nenorocire şi un blestem căzute pe capul oamenilor care se împotrivesc (*hybris*) voinţei zeilor. Exemplele sunt numeroase la tragicii greci (Ajax, Hercule, Medeea, Oreste), dar şi la autorii latini, ca Virgiliu (Sibila din Cumae, Didona etc.).

Platon, în *Republica*, recunoaşte existenţa, alături de formele tragice, culturale ale nebuniei, şi a unei „nebunii-boală", el indicând pentru aceasta măsuri de tratament medical însoţite de izolarea socială supravegheată a bolnavilor deveniţi periculoşi.

O atitudine particulară faţă de nebunie întâlnim la Plutarh, care analizează „mânia", dar şi remediile morale ale acesteia, anticipând măsurile de psihoprofilaxie.

Autorii latini acordă în reflecţiile lor filosofice sau în scrierile poetice un spaţiu larg nebuniei. Seneca a scris un tratat filosofico-moral *Despre mânie* (*De ira*) în care descrie stările de mânie, precum şi remediile acesteia. Un loc important ocupă în opera filosofică şi morală a lui Seneca şi sănătatea mintală, pe care el o numeşte „echilibru sufletesc" (*tranquillitate animi*), specifică stării de echilibru interior a înţeleptului ce luptă împotriva patimilor sufleteşti, înfrânându-şi-le (*De constantia sapientiorum*).

Iuvenal este cel care ne-a lăsat celebrul adagiu „*Mens sana in corpore sano*", exprimând raportul de echilibru fericit al sufletului cu trupul, ce este dat de sănătate.

Considerând dragostea o suferinţă sufletească, Ovidiu oferă o „*remedia amori*" în îndemnul care pune accentul pe măsurile de profilaxie: „*Principiis obsta sero medicina para tur*".

Pentru Boethius, nenorocirile care suprimă libertatea individului, cufundându-l în disperare şi tristeţe, au remedii morale.

Cele mai importante dintre toate aceste citate sunt, incontestabil, contribuţiile lui Seneca, filosof şi moralist sceptic, ce, discutând despre „mânie", pune accentul pentru prima dată pe remedii, în care putem vedea, în germene, ideea de igienă mintală din perspectiva unei atitudini morale asupra nebuniei.

Pentru Seneca, „mânia este patima cea mai teribilă şi cea mai turbată" care vine să tulbure „liniştea sufletească" (*euthimia*; *tranquillitate animi*). În sensul acesta, el recomandă următoarele remedii împotriva apariţiei ei: evitarea conflictelor la mânie; cuvântul bun; muzica şi culorile plăcute, care calmează spiritul; abţinerea şi alianţa cu timpul, care rezolvă totul; ocupaţiile plăcute; autocontrolul şi încrederea în sine; retragerea din lume, implicând evitarea surselor de mânie.

În continuarea acestor „remedii", Seneca recomandă şi norme de viaţă care amintesc de principiile igienei mintale: „Spiritul cere menajamente. Trebuie să i se acorde din

timp în timp un repaus : plimbări în aer liber, călătorii, schimbarea decorului". Remarcăm faptul că *principiile* recomandate de Seneca, având caracter de măsuri de igienă mintală, sunt direct influenţate de modelul sociocultural al unei societăţi deosebit de complexe şi civilizate, cum a fost lumea romană, fapt care ne îndreptăţeşte să afirmăm că măsurile de igienă mintală depind în mod direct de gradul de dezvoltare a societăţii, de nivelul de trai şi de civilizaţie.

În Evul Mediu şi Renaştere, mai ales, o dată cu trecerea în prim-plan a problematicii omului, în urma mişcării umaniste, nebunia apare din nou ca tematică socială, morală şi medicală. Dar, spre deosebire de Antichitatea clasică, ce o plasa în registrul tragicului, ca suferinţa cea mai profundă a omului, Renaşterea plasează nebunia în registrul comicului. Nebunul încetează să mai fie personaj tragic, el apărând sub imaginea „bufonului", care colorează decorul peisajului social şi înveseleşte lumea. Aceeaşi concepţie, de data aceasta dintr-un punct de vedere moral, o regăsim şi la Erasm din Rotterdam în *Moriae encomium*.

În ceea ce priveşte remediile şi mai ales măsurile cu caracter de prevenire a nebuniei, reţinem ca fiind cele mai semnificative în epocă principiile medicale ale Şcolii din Salerno, care recomanda următoarele : *„Si tibi deficiunt medici, medici tibi fiant. Haec tria : mens hilaris, requies, moderata diaeta"*.

În epoca modernă, R. Descartes este cel care încearcă primul să separe „patimile" de sfera morală, transformându-le în „pasiuni" şi integrându-le sferei psihologiei, în lucrarea sa *Les passions de l'âme*. Ulterior, ne oferă şi măsuri de remediere în *Reguli pentru îndreptarea sufletului*.

Preocupări de ordin filosofic, moral şi antropologic referitoare la nebunie – considerată de data aceasta ca boală psihică – şi la suicid întâlnim şi la I. Kant şi, ulterior, în special din perspectivă psihologico-morală, la Maine de Biran.

Reluând problematica omului, romantismul aduce în mod inevitabil în discuţie nebunia. O dată cu aceasta se produce însă neta diferenţiere a preocupărilor în două direcţii : *filosofico-morală* (A. Schopenhauer şi Fr. Nietzsche, până la S. Kierkegaard) şi *medico-morală* (Ph. Pinel). Nebunia reintră în spaţiul tragicului, al tenebrosului şi misterelor (M. Foucault).

La sfârşitul secolului al XVIII-lea şi începutul secolului XIX-lea se produce însă *marea reformă*, o dată cu opera medico-morală a lui Ph. Pinel, care va considera nebunia o *boală mintală*, iar nebunul – din damnat, periculos social – va deveni *bolnav psihic*. Prin acest act, nebunia îşi face definitiv intrarea în medicină, fiind înlocuită de *boala psihică*. Este momentul naşterii *psihiatriei clinice*, precum şi a *igienei mintale*, deşi încă nu se afirmă direct acest lucru.

În anul 1838 este votată de către parlamentul francez legea privind „regimul alienaţilor şi libertatea individuală", care îşi păstrează valoarea juridică până astăzi.

În sfera clinicii psihiatrice, E. Kraepelin oferă prima sistematizare nosologică a bolilor mintale, ale cărei principii au constituit modelul clasificării fundamentale a bolilor mintale.

În prima jumătate a secolului XIX-lea, J. Falret pune problema readaptării sociale a alienaţilor psihic, iar în 1897 apar primele mişcări de igienă mintală propriu-zise în Finlanda.

La sfârşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului XX asistăm din nou la o diferenţiere a domeniilor de interes privind nebunia, considerată atât ca boală psihică, cât şi ca problemă de interes moral sau de reflecţie filosofică.

În plan medical, cea mai importantă răsturnare a problemei a adus-o S. Freud prin psihanaliză, care, „medicalizând" *pasiunile*, le scoate definitiv din domeniul filosofiei, integrându-le în sfera medicinei, a psihiatriei şi a psihologiei, prin convertirea lor în *pulsiuni*. Fenomenele considerate altădată pasiuni rămân obiectul moralei şi al filosofiei, iar pulsiunile devin obiect de studiu pentru psihologie şi psihiatrie. Acum se conturează două direcţii noi : psihanaliza şi existenţialismul, cu tematică dacă nu comună, cel puţin complementară.

Secolul XX cunoaşte încă din primii săi ani o remarcabilă dezvoltare a mişcării de igienă mintală. În 1903, C.W. Beers, un fost bolnav psihic remis, publică o carte interesantă : *The mind that found himself*, în care-şi descrie experienţa sa de bolnav psihic şi emite opinia salutară, plină de speranţă, că se poate lupta cu succes împotriva bolii psihice, mai ales prin măsuri profilactice şi ameliorarea condiţiilor de spitalizare şi tratament psihiatric.

În 1909 se înfiinţează la New York National Institute for Mental Health, având ca sarcină problematica igienei mintale, studiate din punct de vedere individual şi social.

În 1918 se constituie în Franţa Comitetul Naţional de Igienă Mintală, cu participarea unor iluştri psihiatri din epocă : R. Mourgue, Genil-Perrin, H. Claude şi Antheaume.

În anii 1931 şi 1937 au loc două congrese mondiale de igienă mintală, primul la Washington şi al doilea la Paris. Se înfiinţează, cu aceste ocazii, comitete naţionale de igienă mintală, ligi de sănătate mintală. Se produce o adevărată reformă a spitalelor de psihiatrie, prin admiterea funcţionării unor „servicii deschise", iar după apariţia medicaţiei psihotrope şi, în principal, a neurolepticelor, apar „dispensarele de psihiatrie" şi serviciile de psihiatrie din cadrul spitalelor de medicină generală, renunţându-se la izolarea bolnavilor psihic în servicii sau spitale separate.

O contribuţie importantă la acţiunea de igienă mintală au adus-o cercetările din sfera antropologiei culturale, prin psihiatria transculturală sau etnopsihiatrie (E. Kraepelin, H. Ellenberger, M.H. Murray) sau din afara psihiatriei şi psihologiei sociale (E. Fromm).

Au apărut publicaţii de specialitate, cum este revista *Hygiène mentale* în Franţa, sau studii şi monografii de igienă mintală, cum sunt cele scrise de H. Bouyer şi Martin-Sisteron (*L'hygiène mentale et nerveuse individuelle*, 1926), Chavigny (*Psychologie de l'hygiène*, 1921), L. Frighi (*Appunti di igiene mentale*, 1971), K. Hecht (*Psychohygiene*, 1975), M. Boigey (*Introduction à la médecine des passions*, 1914), H. Damaye (*Psychopathologie sociale*, 1926, şi *Psychiatrie et civilisation*, 1934), Cl. Herzlich (*Santé et maladie*, 1969), precum şi studii cu caracter interdisciplinar sau social datorate lui E. Fromm (*The sane society*, 1955) sau G. Canguilhem (*Le normal et le pathologique*, 1966).

Preocupări legate de igiena mintală au existat în secolul XX în România începând din perioada interbelică. La Facultatea de Medicină din Bucureşti, prof. dr. G. Banu, în cadrul cursului de medicină socială, se ocupă şi de problemele de epidemiologia bolilor psihice, de eugenie şi igienă mintală. În aceeaşi perioadă, studii de igienă mintală şi eugenie sunt publicate în *Revista de Medicină Legală* a Institutului de Medicină Legală din Bucureşti. La Facultatea de Medicină din Cluj-Napoca, preocupările de igienă mintală şi socială sunt grupate în jurul revistei *Buletin Eugenic şi Geopolitic*. Preocupările practice şi temele teoretice abordate în perioada la care facem referire se înscriu în gândirea medicală a vremii, ele având în primul rând caracterul unor studii de igienă socială, integrate domeniului medicinei sociale.

La noi în țară prima lucrare cu caracter monografic de igienă mintală și recuperarea bolnavilor psihic este semnată de C. Enăchescu (*Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihic*, 1979).

Inițierea cercetărilor privind instituirea măsurilor de protecție medico-socială a stării de sănătate mintală încep în România după anul 1973 și se desfășoară în cadrul Institutului de Neurologie și Psihiatrie al Academiei de Științe Medicale din București. Între 1975 și 1995 sunt elaborate studii și cercetări științifice privind problemele de igienă mintală de către un colectiv de specialiști condus de dr. C. Enăchescu și dr. A. Retezeanu. Sunt abordate, în principal, problema suicidului sub toate aspectele sale, alcoolismul, psihoigiena familiei, psihoigiena bolilor psihice la tineri și adulți, elaborarea unor măsuri de psihoprofilaxie cu caracter general sau particular etc.

În 1990 se constituie Liga Română de Sănătate Mintală, care-și propune un larg program de activități cu caracter de promovare a sănătății mintale și profilaxia bolilor psihice (dr. B. Tudorache).

Între anii 1991 și 1993 se țin cursuri libere de igienă mintală în cadrul Universității Dallesdin București. În anul universitar 1993-1994 se deschide pentru prima dată cursul *de psihoigienă și sănătate mintală* (dr. C. Enăchescu) în cadrul secției de Psihopedagogie Specială a Facultății de Sociologie-Psihologie-Pedagogie a Universității din București.

Atât pe plan mondial, cât și pe plan național, asistăm astăzi la o creștere a interesului pentru starea de sănătate mintală și boala psihică, a necesității instituirii unor măsuri adecvate de psihoprofilaxie în scopul promovării sănătății mintale și al asanării sociale și individuale a bolilor psihice.

Toate aceste acțiuni dovedesc valoarea teoretică și practică a igienei mintale într-o lume civilizată, care promovează valorile sănătății alături de celelalte valori pozitive, ce constituie un model sociocultural complet, dinamic și structural, apt să asigure stabilitatea unei societăți și progresul acesteia.

Capitolul 2

Normalitatea psihică

1. Omul normal

Majoritatea specialiștilor consideră că este deosebit de greu să se dea o definiție completă și definitivă omului (E. Casirer, R. Linton, M. Buber, M. de Unamuno, K. Jaspers, M. Foucault, E. Fromm și R. Xirau). Pentru Fr. Nietzsche, de exemplu, „omul este animalul care nu poate fi definit niciodată".

Considerat când creație a lui Dumnezeu (Biblia), când produs al naturii prin evoluție și selecție (Ch. Darwin), omul este ființa conștientă care aspiră către universal prin integrarea pancosmică (P. Teilhard de Chardin). El este „măsura tuturor lucrurilor" (Protagoras) în raporturile cu lumea, dar și ființa cugetătoare, reflexivă (R. Descartes) în planul interiorității sale. Prin dubla capacitate de a reflecta și a avea identitate, omul este „persoană" (M. de Unamuno, N. Berdiaev, D. Stăniloae), un „Eu" cu o identitate unică de care el este conștient, atât în raport cu lumea fizică, cât și în relațiile cu ceilalți.

În plan general, persoana are următoarele caracteristici: se autoreflectă; se desprinde de lume printr-un proces de individualizare; are o identitate proprie, care o diferențiază de ceilalți; se proiectează în transcendență, aspirând către un ideal; este ființa inteligentă care descoperă, cunoaște și creează; are capacitatea de a realiza o relație de comuniune sufletească cu celelalte persoane.

2. Raportul „somatic-psihic"

Ca dimensiune structurală, omul este alcătuit din două părți: *trupul* și *sufletul* și, prin urmare, e studiat de două discipline: *somatologia* și *psihologia*.

Somatologia se ocupă de om sub aspectul său fizico-structural. Acesta este reprezentat prin totalitatea structurilor anatomice care constituie corpul omenesc.

Din punct de vedere antropologic, se disting două aspecte: *corpul fizic* propriu-zis, reprezentând structurile anatomice, și *trupul*, având semnificația de „corp însuflețit". Corpul reprezintă aspectul material, anatomic al omului, pe când trupul însuflețit exprimă prezența fizică a persoanei respective.

Trei elemente se discută în cazul corpului omenesc: *spațialitatea*, *conștiința* și *experiențele*. Corpul reprezintă spațiul fizic al persoanei, prin care ea se obiectivează ca prezență și aspect, ca mișcare și privire, ca vorbire. Conștiința corpului se manifestă prin faptul că acesta se autopercepe. El se „desprinde" de lume, prin individualizare, și de semeni, prin personalizare, ceea ce-i conferă o anumită identitate unică. Toate acestea

contribuie în final la realizarea unei imagini de sine a omului. În ceea ce priveşte experienţele corporale, ele au, în primul rând, un caracter pur ontologic, desemnând faptul de a exista al omului în multiple planuri. Experienţele sufleteşti sunt variate, după cum urmează:

a) *apetenţele* şi plăcerea somatică, reprezentate prin odihnă/mişcare, hrană/băutură, sexualitate;
b) *situaţiile-limită somatice*, reprezentate prin senzaţii fizice sau fiziologice, cu caracter acut, imprevizibil şi perturbant, cum sunt: durerea, febra, apneea, stopul cardiac, traumatismele, setea, foamea, oboseala fizică;
c) *infirmităţile*, percepute şi trăite ca deficienţe somatice variate: paralizii, deficienţe senzoriale, malformaţii, amputaţii, sechele postoperatorii;
d) *fantasmele onticului*, care se pot proiecta în domeniul somaticului ca o trăire fără fundamente reale, patologice, pur şi simplu ca *nişte* autoreprezentări imaginative ale persoanei, de tipul: cenestezii, dismorfofobii, ipohondrie, falsa sarcină, perversiuni sexuale;
e) *tehnicile corporale*, ce reunesc totalitatea procedeelor exercitate asupra corpului persoanei, cu o largă paletă de aspecte, cum ar fi: cosmetica şi vestimentaţia, asceza, simularea bolilor, procedeele terapeutice (medicale sau chirurgicale), automutilările, suicidul sau tortura fizică.

Psihologia se ocupă de aspectul subiectiv-sufletesc al persoanei, adică de totalitatea proceselor psihice ale acesteia, de conduitele, reacţiile şi acţiunile sale, precum şi de raporturile dintre om şi lume.

Din punct de vedere psihoantropologic, distingem şi în acest caz două semnificaţii: *sufletul* sau principiul structural şi *spiritul* sau principiul vital. Primul este îndreptat către exteriorul persoanei, „omul din afară" (*o exo anthropos*), cel de-al doilea către interiorul propriului Eu, „omul interior" (*o eso anthropos*), cum l-a numit Sfântul Pavel.

Ceea ce ne interesează în legătură cu latura sufletească a persoanei sunt experienţele sufleteşti. Ele pot avea o gamă largă de variante, ca şi în cazul experienţelor trupului, şi exprimă aceeaşi dimensiune ontologică a persoanei. Le vom prezenta pe rând în cele ce urmează:

a) *apetenţele* şi plăcerea sufletească se manifestă prin senzaţii sau trăiri de genul: binele, liniştea interioară, fericirea, starea de echilibru sufletesc, plăcerea oferită de izolare, meditaţia;
b) *situaţiile-limită sufleteşti* au un caracter brusc şi perturbă funcţionarea normală a vieţii persoanei în totalitatea sa; acestea sunt: frica, angoasa, sentimentul de culpabilitate sau păcatul moral, disperarea, presiunea pasiunilor, impresia de dezorganizare a vieţii psihice sau nebunia, melancolia şi nostalgia, sentimentul de inferioritate sau de inutilitate proprie, dezgustul de viaţă, violenţa;
c) *infirmităţile sufleteşti* sunt percepute de individ sub formă de complexe sau trăiri de tipul bovarismului, sentimentului schimbării sau al pierderii propriei identităţi sau de manifestări de tipul sadismului sau al masochismului, al egotismului narcisic;
d) *fantasmele sufletului* sunt, de regulă, expresia unei transgresiuni a realităţii în imaginarul personal, de tipul mitomaniei, fabulaţiei, paranoiei, delirului şi halucinaţiilor, plăcerilor perverse, alcoolismului sau consumului de droguri;

e) *tehnicile sufleteşti* privesc totalitatea procedeelor prin care, acţionându-se asupra vieţii psihice, se determină o schimbare a regimului ei funcţional normal sau cel puţin obişnuit; în sensul acesta, sunt de menţionat: isihasmul, tehnicile yoga, confesiunea, convertirea, educaţia morală, dar şi psihoterapia sau teroarea, care implică tortura fizică (frica de necunoscut, aşteptarea, tensiunea psihică prelungită, stările de stres), intervenţiile medicale.

Se poate remarca din cele de mai sus că, în ceea ce priveşte raportul „trup-suflet" sau somatic-psihic, există o corespondenţă specifică. Deşi diferenţiate ca structură şi funcţie, ele par a fi supuse aceluiaşi principiu de sinergism existenţial care concură la edificarea persoanei.

3. Tipologiile umane

În literatura de specialitate sunt descrise două mari grupe de tipologii umane: *biopsihotipologiile* şi *tipologiile social-morale*. Le vom prezenta pe rând.

Biopsihotipologiile se referă la două noţiuni fundamentale aflate în corelaţie: constituţia biofizică a corpului şi temperamentul. Constituţia este prototipul, esenţa, expresia unei ordini naturale a omului. Ea este esenţa organizării, reglării şi integrării acestuia. Dar constituţia poate fi definită şi ca o totalitate a dispoziţiilor sufleteşti, stărilor de spirit, modurilor de reacţie ale fiecărei persoane. Sunt incluse deci atât temperamentul, cât şi caracterul.

S-au propus multe tipologii constituţionale biopsihologice.

De pildă, în perioada romantică, a secolului al XIX-lea, Th. Carlyle făcea o clasificare a tipurilor umane luând drept criteriu eroismul. O vom reţine însă pe cea a lui E. Kretschmer, care recunoaşte următoarele patru tipuri:

a) *tipul picnic*, rotund, ciclotim sau sintonic, oscilând între mobilitate şi comoditate, prietenos, căruia îi place viaţa;
b) *tipul leptosom*, slab, cu torace îngust şi membre lungi, cu un caracter schizotim greu de descifrat, reţinut în sentimente, rece sau timid; cuprinde idealişti abstracţi, excentrici retraşi, romantici înfocaţi, dar şi fanatici reci, calculaţi;
c) *tipul atletic*, vânjos, cu predominanţa maselor musculare; are un temperament calculat, prevăzător, greoi, este tipul de temperament glischroid, vâscos, epileptoid;
d) *tipul displastic*, în care nu intră nici una dintre clasificările de mai sus, împrumutând trăsături de la fiecare; acesta este din punct de vedere temperamental apropiat tipului exploziv, epileptic.

Fiecăruia dintre tipurile enumerate îi corespund o anumită configuraţie caracterială şi o anumită formă de sănătate mintală. Aceasta ne apare ca o trăsătură temperamentală naturală, dar reprezintă în acelaşi timp terenul pe care, în anumite condiţii favorizante de morbigeneză, se pot dezvolta unele boli psihice. Astfel, picnicii sunt predispuşi la boli afective, psihoză maniaco-depresivă, leptosomii la schizofrenie, iar atleticii şi displasticii la epilepsie.

K. Leonhardt, a încercat să nuanţeze tipurile biopsihologice, vorbind despre *personalităţi cu trăsături accentuate*, dar clasificarea propusă de E. Kretschmer rămâne schema de referinţă.

Înțelegerea *tipologiilor sociale* depinde de două aspecte (J. Szczepánski) : concepția despre natura umană și tipologia valorilor promovate de modelul sociocultural la care ne referim. Ambele au un raport direct, imediat, cu sănătatea mintală sau, altfel spus, sănătatea mintală se apreciază în raport cu acestea.

După Szczepánski, natura umană „este un ansamblu de dorințe permanente, motive, scopuri și valori care determină comportamentul omului". Ea cuprinde în egală măsură și „năzuințele, motivele, sentimentele, scopurile și conflictele permanente dintre indivizi și colectivități" (J. Szczepánski).

Pentru J. Dewey, caracteristicile naturii umane sunt următoarele : reprezintă o anumită constituție biopsihologică primară și înnăscută, comună întregii specii ; este un ansamblu de caracteristici durabile de forțe și proprietăți psihologice conduse de legi particulare, din care rezultă tendințele elementare, invariabile ale omului ; constituie un ansamblu de sensibilități și capacități de receptare a impresiilor ; dispune de o capacitate de creare a culturii, apărând în timpul producerii valorilor culturale, a idealurilor morale și a instituțiilor sociale.

În concluzie, se poate susține că „natura umană este ansamblul unor capacități și forțe motrice durabile, care acționează în organismul uman și îl obligă să-și satisfacă nu numai nevoile biologice, ci și să se adapteze concomitent în mod activ la mediul social și cultural, având capacitatea de a crea valori sociale și culturale" (J. Szczepánski).

Natura umană se dobândește în cadrul vieții sociale, izolarea socială ducând la modificarea sau anularea ei. Din acest motiv, putem afirma că natura umană este și un produs al culturii, al societății, un produs specific al modelului sociocultural și moral. Pe aceste considerente se poate vorbi despre un tip general de personalitate în sens sociocultural : „personalitatea de bază", concept fundamental al antropologiei culturale (A. Kardiner, R. Benedict, R. Linton).

Pentru J. Szczepánski, *personalitatea socială* „reprezintă cultura interiorizată pe care și-au subordonat-o elementele bio- și psihogene". Ea se află în raport direct cu conceptul cultural al *personalității de bază*. Pentru A. Kardiner, personalitatea de bază reprezintă un ansamblu de caracteristici ale personalității, comune tuturor membrilor societății respective și care nu apar și la alte societăți. Aceste aspecte diferențiază indivizii între ei, creând tipologii socioculturale, pe lângă cele psihobiologice.

E. Spranger consideră că omul este expresia organizării permanente a personalității sale. În sensul acesta, el distinge următoarele tipuri :

a) *omul teoretic*, interesat de adevărurile științifice generale ;
b) *omul economic*, interesat de bogăție și de dobândirea de bunuri materiale ;
c) *omul estetic*, preocupat de tendința spre frumos și formele de manifestare ale acestuia ;
d) *omul politic*, ce se remarcă printr-o puternică tendință spre putere și dominarea altora ;
e) *omul activist social*, care este preocupat de a veni în ajutorul semenilor săi în caz de nevoie ;
f) *omul religios*, care urmărește să-l cunoască pe Dumnezeu, fiind interesat de problemele transcendenței, misticii și de misionariat.

Pentru F. Znaniecki, tipurile sociale ale personalității se formează sub influența factorilor sociali ai modelului cultural. În acest sens, el distinge următoarele *tipuri biografice* :

a) *tipul omului bine crescut*, care în viață se va strădui întotdeauna să obțină, prin comportarea sa, o apreciere pozitivă ;
b) *tipul omului muncii*, rezultat al influenței muncii și al prosperității ;
c) *tipul omului de distracție*, preocupat de distracțiile de grup sau individuale ;
d) *tipul oamenilor originali*, care nu intră în nici una dintre categoriile mai sus menționate, oameni care nu se supun presiunii cercurilor lor, care resping, de asemenea, idealurile oferite de societate pentru personalitate, creând altele noi, și care prin aceasta introduc inovații în cultură, în gândire, în modelele de comportament etc.

Toate aceste tipuri de personalități sociale sunt produsul valorilor modelului sociocultural și se conformează normelor acestuia. Din acest motiv, între aceste tipuri și modelul cultural există o stare de echilibru exprimată prin *normalitate*, respectiv starea de *sănătate mintală*, care implică o *concordanță comportamentală* atât cu lumea, cât și cu societatea.

În afara tipurilor de mai sus, acceptate ca forme normale ale personalității sociale, J. Szczepánski descrie și alte tipuri, care se abat de la normele valorice ale modelului cultural. Întrucât nu există persoană în afara societății, aceste tipuri sunt fie în conflict, fie în dezacord cu valorile modelului sociocultural, fie direct antisociale.

Pentru J. Szczepánski, tipurile care se conformează parțial sau deloc modelului sociocultural sunt următoarele :

1. *oamenii de creație*, care aduc idei noi, soluții, invenții organizatorice, descoperiri științifice și tehnice, îmbunătățiri practice, schimbând adesea prin activitatea lor normele valorice interioare ale modelului sociocultural ;
2. *oamenii medii*, care prin munca, activitatea și acțiunile lor nu aduc nimic nou, dar contribuie la menținerea stării atinse de societate, îndeplinindu-și munca satisfăcător ; ei au o atitudine conformă sau indiferentă față de societate ;
3. grupul persoanelor defavorizate din diferite cauze, în care sunt incluși următorii :
   - *sociopații* sau persoanele care, prin activitatea și conduitele lor, aduc pagube societății : infractori, hoți, cei ce trăiesc din prejudiciile aduse altora, huligani sau criminali cu conduite antisociale ;
   - *dependenții sociali* sau persoanele care nu se pot întreține singure, necesitând îngrijiri și asistență socială : copii, bolnavi, bătrâni, persoane cu handicap etc. ;
   - *asocialii* sau acei indivizi care nu se pot adapta sau integra în societate : vagabonzi, emigranți, șomeri, zilieri, prostituate.

4. Starea de normalitate

Conceptul de *normalitate* nu trebuie raportat exclusiv la sfera medicinei. El desemnează, în primul rând, un *mod de a fi* al omului, ce implică *starea de echilibru*, aspect care lărgește acest cadru în mod considerabil, plasându-ne în sfera de preocupări antropologice. Referindu-ne însă la dimensiunea psihologică a normalității, este important de menționat punctul de vedere al lui I. Kant, care notează că „inteligența este și rămâne normală în viața practică în măsura în care își manifestă și își păstrează caracterul empiric. Ea trebuie să fie și să rămână conformă cu experiența. Spiritul omenesc este prin urmare «sănătos» atunci când simte, judecă și hotărăște potrivit cu experiența și «bolnav» atunci când se depărtează sau chiar se înstrăinează de ea". Acest punct de

vedere demonstrează încă o dată că igiena mintală, modalitatea în care aceasta tratează starea de normalitate psihică sau sănătatea mintală, își trage substanța din concepțiile moral-filosofice, medico-psihologice și psihosociale, având un caracter de cuprindere interdisciplinară care o integrează sferei antropologiei.

Conceptul de *sănătate* depinde, după cum s-a arătat, de natura și concepția socioculturală și istorică a modelului sociocultural al unei societăți considerate. El se judecă în funcție de conceptul de *normalitate*. Conceptul de *normalitate* este strâns legat de valorile și normele unei culturi și de ideile social-politice ale epocii istorice respective. Acestea însă pornesc, în cazul omului, de la aprecieri de ordin biologic, vizând starea de echilibru fiziologic a organismului, ca sistem vital.

J. Bordet afirma că „viața este lupta pentru menținerea unui echilibru în permanență amenințat". Această idee esențială exprimă o perpetuă mișcare internă a ființei umane, care urmărește stabilirea unui raport de adaptare a omului la realitate pe trei planuri:

a) raportul de *homeostazie*, ca principiu al constanței și echilibrului biologic al ființei umane (genetic, metabolic, biochimic, fiziologic);
b) raportul de *echitimie*, ca principiu al echilibrului psihologic intern al personalității, al proceselor psihice fundamentale, al relațiilor dintre acestea, accentul punându-se pe sfera emoțional-afectivă;
c) raportul de *constanță etologică*, ca principiu al concordanței și echilibrului sociocomportamental.

Raportul dintre „normal" și „patologic" sau dintre „sănătate" și „boală" este în general considerat în funcție de raportul dintre „bine" și „rău" în plan moral.

Există mai multe modalități de a înțelege normalul și patologicul, după cum urmează: identificarea normalului cu binele în plan moral; în cazul metodei experimentale, Cl. Bernard pleacă de la normal către descrierea patologicului; metoda pozitivistă a lui A. Comte se bazează tot pe argumente de ordin experimental, dar pornește de la patologic către normal, avându-se în vedere un criteriu pur conceptual. Pentru A. Comte, esențialul în metoda experimentală nu este intervenția artificială a cercetătorului asupra unui fenomen pe care el îl perturbă în mod intenționat, ci mai ales compararea unui „fenomen-martor" cu un „fenomen alterat", în sensul că experimentul permite comparația între stările anormale și starea normală; metoda clinică reprezintă observarea stărilor patologice în raport cu stările de normalitate; în această situație, definiția normalului se dă în raport cu patologicul.

Pentru E. Minkowski, „normalul este o judecată de valoare, o noțiune care definește maximul de capacitate psihică sau fiziologică a unei persoane ca ființă".

Conceptul de *normă* (normalitate) se raportează la sfera cunoașterii fiziologice, a experienței trăite, a funcțiilor organice. Fiziologia este o sinteză canonică a constantelor funcționale ale organismului (G. Canguilhem).

Normalul se definește ca fiind „ceea ce apare în majoritatea cazurilor într-o specie determinată" (G. Canguilhem). În domeniul vieții se discută două fenomene: *sănătatea* și *boala* sau *normalul* și *patologicul*. Opusul *normalului* este *anomalia*; dar anormalul nu se identifică în toate privințele cu patologicul, acesta din urmă fiind o formă a anormalului.

Normalul este o „stare-situație" a persoanei, pe când anormalul apare ca fiind contrariul acestuia. Noțiunile de *normal* și *anormal* sunt opuse celor de *bine* și *rău*, având la bază o dialectică a contrariilor.

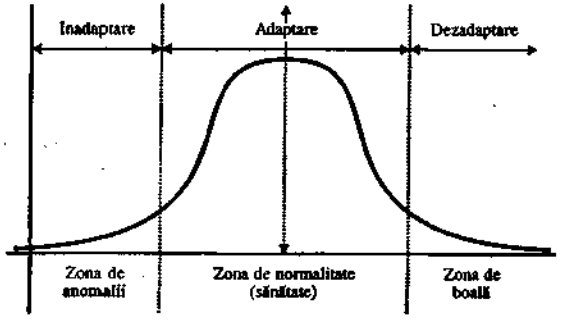
Referindu-se la acest aspect, din punct de vedere moral, Seneca spunea următoarele: „Binele și Răul nu au sedii distincte în noi. Ele nu sunt altceva decât natura noastră înclinată către Bine sau către Rău". Rezultă de aici că atât „normalitatea", cât și „anormalitatea" sunt „situații-stare", ipostaze egal posibile de „a fi" ale persoanei umane, și din acest motiv între ele nu se poate trasa o graniță distinctă, așa cum vom vedea mai departe. Ar fi mult mai apropiat de realitate dacă am accepta că, de fapt, natura persoanei umane oscilează permanent între „normalitate" și „anormalitate" în căutarea propriei sale stări de echilibru.

Pendularea persoanei umane între normalitate și anormalitate ține de însăși structura și tendințele dinamice ale acesteia, specifice naturii sale. Din punct de vedere structural și implicit dinamic, ființa umană nu este unitar organizată. Ea are un caracter *ambivalent*, oscilând între contrarii. Această dispoziție structurală *ambivalentă*, care se opune *principiului imobilității*, este reprezentată prin *principiul vital*. Principiul vital include atât normalitatea, cât și anormalitatea, ca forme egal posibile de a fi ale acestuia, specifice „corpului viu". El este conform *principiului afirmării și negării*, în care rezidă însăși condiția *echilibrului*. Acest punct de vedere lărgește considerabil *viziunea medicală* a omului, deschizând perspectiva unei înțelegeri antropologice a persoanei și în perspectiva igienei mintale a normalității și anormalității psihice.

J. de Ajuriaguerra susține că, „de fapt, normalitatea ca atare nu există, ea fiind o creație în cadrul posibilităților care ne sunt date și a achizițiilor pe care le-am dobândit". Normalitatea se definește și se apreciază în raport cu adaptarea, care reprezintă, în acest caz, un punct de referință.

Normalul este cel ce definește conținutul conceptului de *sănătate*, sănătatea fiind conceptul normativ care definește tipul ideal de structură și comportament organic. În acest caz, sănătatea este un concept operațional, normativ-descriptiv, definind o anumită dispoziție și reacție a unui organism față de posibilele boli la care acesta este expus.

Anomalia are un caracter spațial, structural, de tip constituțional. Boala are un caracter temporal, ea intervenind „la un moment dat" în istoria normalului. Anomalia este constituțională, congenitală, fiind legată de nașterea individului și de ereditatea acestuia. Dacă este dobândită, ea devine infirmitate. Anomalia poate deveni o boală, dar, de fapt, ea nu este nici în acest caz boală, ci doar o structură particulară. În opinia lui K. Schneider, „personalitățile anormale sunt cele care se îndepărtează de medie. Norma medie servește deci ca regulă, și nu ca normă de valoare. Din acest motiv, nu există o frontieră între personalitățile anormale și cele normale, întrucât media este permanent supusă variațiilor".



M. Sobshin distinge în sensul acesta patru aspecte: normalitatea ca sănătate; normalitatea ca utopie (starea ideală); normalitatea ca medie statistică; normalitatea ca proces.

După părerea lui A.C. Ivy, se pot distinge patru accepţiuni pentru *normal*:

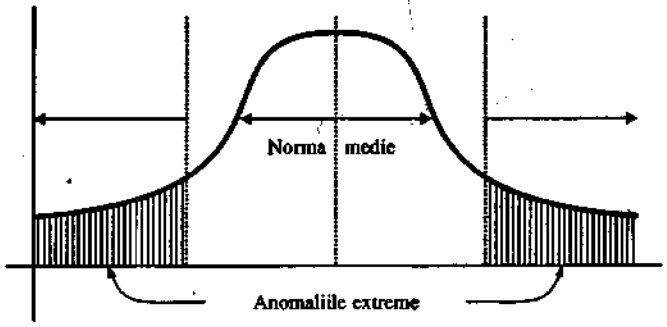
a) coincidenţa între un fapt organic şi unul ideal, care să fixeze decizia limitei inferioare sau superioare a unor exigenţe;
b) prezenţa la un individ a caracterelor structurale, fiziologice sau biochimice, a căror măsură este fixată convenţional de o valoare centrală a unui grup omogen (vârstă, sex etc.);
c) situaţia unui individ în raport cu media pentru fiecare caracter considerat, atunci când s-a construit curba de distribuţie calculată;
d) consecinţele absenţei handicapului.

Tot legat de normalitate, există, după G. Canguilhem, mai multe concepte şi niveluri:

a) conceptul de *normativ*, care este un fapt relativ la normă;
b) conceptul de *anomalie*, care nu desemnează în mod obligatoriu un fapt patologic, deşi patologicul este o anormalitate; ea se poate transforma în boală, dar nu reprezintă boala, anomalia având un caracter spaţial;
c) conceptul de *patologic*, ce reprezintă sentimentul direct şi concret de suferinţă, desemnând o tulburare somatică sau funcţională a organismului; patologicul are un caracter cronologic, reprezentând întreruperea desfăşurării unei anumite succesiuni de fenomene în timp;
d) conceptul de *infirmitate* este o varietate a anomaliei, un stadiu al acesteia, ceva ce se situează dincolo („postprocesual") de patologic, fiind o consecinţă a lui;
e) conceptul de *sănătate*, care este un concept mult mai larg de normalitate, aparţinând medicinei şi aflat într-o situaţie antitetică el de boală; el defineşte un tip ideal de structură şi funcţie organică;
f) conceptul de *boală*, care este anormalitatea ... s lărgit, aparţinând sferei medicinei.

Schenk distinge cinci tipuri de norme:

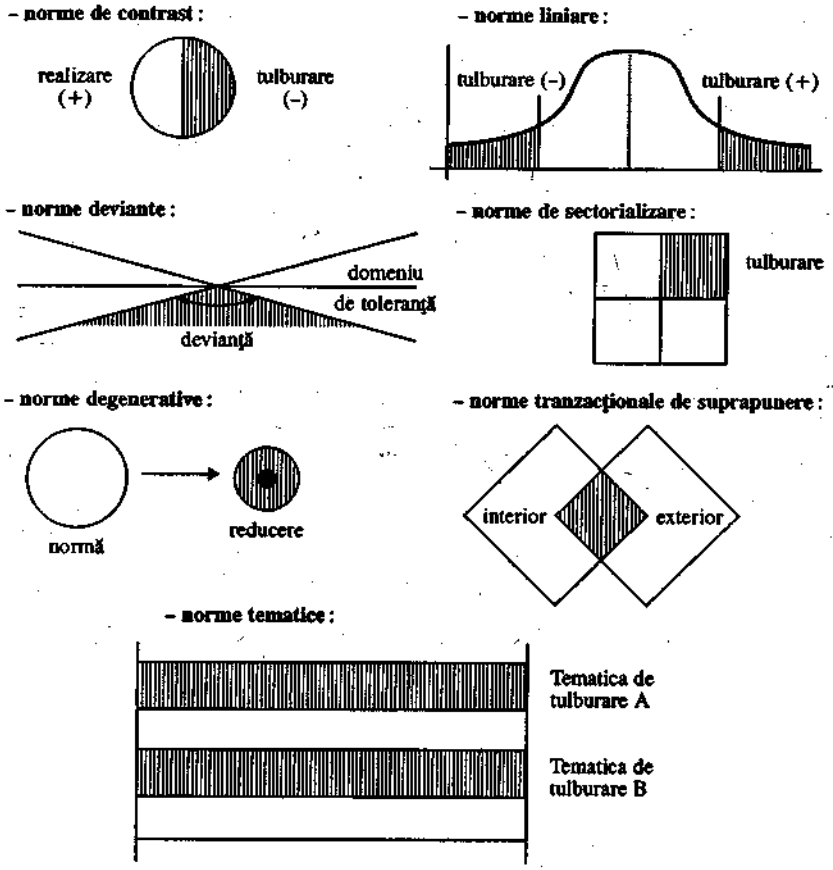
a) *norma statistică*, ce se apreciază după frecvenţă;



b) *niveluri fenomenale*, care derivă de la nivelul de adaptare subiectivă;
c) *nivelurile socioculturale*, care sunt legate de valorile normative ale conformismului comportamental în raport cu modelul sociocultural;

d) *normarea ideologică*, legată de o anumită concepţie despre lume (*Weltanschauung*);
e) *normarea profesională*, legată de comportamentul zilnic, profesional, instituţionalizat.

Un alt aspect se referă la structura normei şi tratează poziţia formală şi structurală a anormalului faţă de normal; în sensul acesta, sunt descrise opt forme de bază ale situaţiei anormale, conform schemelor de mai jos:



5. Conceptul de *sănătate mintală*

După E. Fromm, conceptul de *sănătate mintală* depinde în primul rând de concepţia noastră despre natura umană. Se poate observa, asfel, că există o mare influenţă a factorilor valorici normativi ai modelului sociocultural, atât în ceea ce priveşte conceptul de *sănătate mintală*, cât şi în ceea ce priveşte imaginea omului în societatea respectivă.

L. Brunetière afirma că „sănătatea spiritului, ca şi cea a trupului, rezultă dintr-o proporţie armonioasă între forţele care rezistă morţii".

L. Frighi susţine că nu trebuie să confundăm *normalitatea culturală* cu *sănătatea mintală*. Orice cultură îşi are devianţii săi, iar, pe de altă parte, adaptarea socială conformă modelului de valori culturale este adevăratul atribut al sănătăţii mintale. În sensul acesta, indiferent de aspectele sale, după L. Frighi, ea trebuie să rămână în mod necesar raportată la normalitate. Astfel, patologicul se defineşte în sensul unui defect de adaptare la mediul social dat.

De aici rezultă faptul că *sănătatea mintală* variază ca semnificaţie şi aspect în funcţie de condiţiile de existenţă (E. Fromm). Din acest motiv, conceptul de *sănătate mintală* coincide în esenţa sa cu normele spirituale din cursul istoriei umanităţii.

Trebuie deci să admitem că „premisele noastre psihologice nu sunt *ştiinţifice*, ci ele exprimă *idealuri* filosofice sau religioase, aşa cum au fost formulate de Eknaton, Moise, Confucius, Lao Zi, Buddha, Socrate şi Iisus" (E. Fromm, K. Jaspers).

În această accepţiune, „sănătatea mintală se caracterizează prin aptitudinea de a iubi şi de a crea, negarea incestului, întemeierea identităţii pe experienţa de sine ca subiect şi agent al propriei capacităţi, pe adaptarea la realitate şi la semenii săi, pe dezvoltarea obiectivităţii şi a raţiunii" (E. Fromm).

Remarcăm încă o dată faptul că evoluţia sănătăţii mintale are loc în funcţie de organizarea şi evoluţia societăţii. Cu cât societatea este mai evoluată în ceea ce priveşte instituţiile, relaţiile sociale, normele valorice, producerea şi distribuirea bunurilor etc., cu atât şi starea de sănătate mintală este mai bună. De aici şi rolul important pe care-l joacă ambientul social în genere în menţinerea şi dezvoltarea sănătăţii mintale.

Din cele de mai sus se poate desprinde ideea că starea de sănătate mintală nu este numai expresia structurării genetice, anatomice şi fiziologice a individului. Ea este, într-o măsură considerabilă, rezultatul efortului de adaptare continuă la structurile şi normele sociale, culturale, morale, religioase, economice şi politice, concentrate în „modelul sociocultural". Aceste „influenţe" exercitate asupra grupului uman prin intermediul valorilor şi al normelor vor modela natura formală a persoanei şi a grupurilor umane, reprezentată prin: modul de a gândi, de a simţi, de a acţiona şi de a se comporta, de a construi idealuri, de a se integra în relaţiile cu instituţiile sociale şi cu celelalte persoane.

Starea de sănătate mintală va prezenta marca „modelului sociocultural" în raport cu natura influenţelor represiv-modelatorii ale acestuia. Indivizii „răspund" în mod variat la aceste influenţă care se exercită asupra lor, iar starea de sănătate mintală este, în cazul acesta, un indicator preţios al acestor relaţii. Astfel, *modelele socioculturale deschise*, cu caracter tolerant şi permisiv, le oferă indivizilor posibilitatea de dezvoltare şi evoluţie liberă şi creatoare. În sens contrar, *modelele socioculturale închise*, cu caracter intolerant şi represiv, rigide, obligă grupul uman să se conformeze unor norme riguroase, absolut obligatorii, a căror nerespectare este sancţionată, oprind în felul acesta evoluţia şi progresul social şi spiritual şi obligând la stagnare şi regres.

Ambele situaţii vor influenţa starea de sănătate mintală. Societăţile şi culturile „deschise" reprezintă condiţia evoluţiei pozitive a sănătăţii mintale, pe când societăţile şi culturile „închise" întrunesc condiţiile morbigenetice care vor duce la tulburarea stării de sănătate mintală (nevroze, depresii, suicid, anxietate etc.).

Omul este sănătos în măsura în care starea sa se constituie ca normalitate în raport cu fluctuaţiile ambientale, el fiind capabil a institui noi modele de comportament, a-şi schimba modul de reacţie, a-şi transforma condiţiile de viaţă şi modul de gândire (L. Frighi).

Pentru Cl. Herzlich, *sănătatea* pare a depinde de individ, pe când *boala* apare ca un „obiect" produs de un anumit mod de viaţă socială.

Un rol important îl are şi influenţa valorilor cultural-morale ale modelului social şi în special concepţia despre lume (*Weltanschauung*). Astfel, M. Mauss remarcă faptul că în societatea primitivă predomină ideea de „moarte", iar în societăţile civilizate, ideea de „boală". Ambele au o valoare opusă sănătăţii, dar concomitent ele sunt şi purtătoarele unei semnificaţii simbolice de pericol.

Din punctul de vedere al modelului sociocultural şi moral, boala şi moartea au un sens profund, ele reflectând agresiunea socială faţă de sănătate. În acest caz, bolnavul apare ca o „victimă" simbolică a agresivităţii sociale. Din acest motiv, în planul relaţiilor sociale, boala apare ca îndeplinind o funcţie simbolică, ea fiind cea care „preia" şi care „poartă" actele de reprimare socială (L. Frighi).

Pe aceste considerente se poate afirma că igiena mintală se ocupă de raporturile dintre individ şi societate, boala mintală fiind expresia ruperii acestei legături (L. Frighi).

Rezultă de aici că în aprecierea stării de sănătate mintală, a genezei şi menţinerii acesteia un rol esenţial este jucat de societate. Acest efect a fost recunoscut şi susţinut de E. Fromm, pentru care „natura individului depinde de structurile societăţii sale".

După O. Klineberg, sănătatea mintală este o stare care permite dezvoltarea psihică optimală, intelectuală şi emoţională, a individului, făcându-l compatibil cu ceilalţi indivizi. În sensul acestei afirmaţii, el distinge şase criterii de definire a stării de sănătate mintală:

- *atitudinile individului faţă de el însuşi*, accesul la propria sa conştiinţă, corectarea sentimentului sau a imaginii de sine, incluzând autoacceptarea de sine, cu limitele şi calităţile sale, un sens al identităţii, o conştiinţă despre ceea ce este şi despre ceea ce nu este;
- o *percepţie corectă a realităţii*, fără o distorsiune cauzată de nevoile personale şi incluzând înţelegerea celorlalţi, calitatea de a vedea lucrurile şi oamenii aşa cum sunt în realitate;
- *dirijarea mediului*, în sensul de a fi adecvat în relaţiile interpersonale de iubire, de joc, adaptarea la exigenţele situaţiilor sau, pe scurt, capacitatea de a se adapta;
- *integrarea*, echilibrul, o viziune unificatoare şi consecventă asupra vieţii;
- *autonomia*, independenţa, capacitatea de „a fi pe picioarele sale", de a-şi putea realiza liber propriile decizii;
- *factorul de creştere*, de dezvoltare, de realizare de sine în contextul unei vieţi bogate şi variate, element care elimină orice formă de atitudine imobilă.

Pornind de la studiile de antropologie culturală ale lui Hartmann, Kluckhohn şi Murray, D. Lagache, stabileşte, la rândul său, următoarele caractere considerate a fi esenţiale şi specifice stării de sănătate mintală:

- capacitatea de a produce şi de a tolera tensiuni suficient de înalte, precum şi de a le reduce într-o manieră satisfăcătoare pentru subiect;
- capacitatea de a-şi realiza şi exprima propriile posibilităţi;

- capacitatea de a alcătui un plan de viaţă care să permită satisfacerea periodică şi armonioasă a majorităţii nevoilor, asigurând, totodată, evoluţia către scopuri mai îndepărtate;
- capacitatea de a-şi ajusta aspiraţiile în conformitate cu anturajul, ajutând astfel procesul de adaptare şi integrare;
- capacitatea de a-şi ajusta propria conduită în diferitele relaţii cu ceilalţi;
- capacitatea de identificare atât cu forţele conservatoare, cât şi cu forţele creatoare ale societăţii.

Fr. Cloutier pune accentul pe procesul de maturizare a personalităţii, în ceea ce priveşte starea de sănătate mintală. În acest sens, *norma* sau starea de *sănătate* este rezultatul şi expresia *maturizării* personalităţii, ca rezultat final al unui proces evolutiv, considerat definitiv încheiat. În felul acesta este evidenţiată şi valoarea dinamico-biografică a stării de sănătate mintală.

Dacă se consideră stabilit faptul că starea de sănătate mintală este într-o mare măsură rezultatul influenţelor societăţii asupra individului sau a grupelor comunitar-umane de indivizi, se pune întrebarea: care sunt aspectele societăţii, ale calităţii acesteia, în ceea ce priveşte normalitatea sau anormalitatea, dacă se poate atribui calitatea de a fi „normală" sau „anormală" unei societăţi şi în ce măsură acestea exercită o influenţă asupra stării de sănătate mintală a membrilor săi?

E. Fromm deosebeşte în această privinţă două tipuri de societăţi: *societatea sănătoasă* (*healthy society*) şi *societatea bolnavă* (*unhealthy society*), fiecare având caracteristici proprii. „Societatea sănătoasă" este cea care mobilizează sau favorizează capacitatea oamenilor de a fi toleranţi, de a se iubi între ei, de a avea un sens pentru sine bazat pe propria experienţă de viaţă, munca creatoare, dezvoltarea raţiunii şi a obiectivităţii. În opoziţie cu acest model de societate, „societatea bolnavă" favorizează apariţia unor stări de tensiune şi ostilitate între oameni, de neîncredere, transformă omul într-un instrument de exploatare a altora sau a instituţiilor, îi dizolvă orice semnificaţie, sfârşind prin a-l transforma într-un automat.

De fapt însă, după cum recunoaşte E. Fromm, o societate are ambele funcţii: *sanogenetică* şi *morbigenetică*, putând favoriza fie dezvoltarea sănătăţii mintale, fie apariţia bolii psihice sau a devianţei. Totul depinde de gradul în care modelul social acţionează în sens pozitiv-sanogenetic sau negativ-morbigenetic.

În cazul unei societăţi sănătoase se remarcă concordanţa dintre natura umană (tendinţele, trebuinţele şi aspiraţiile acesteia) şi societate. În cazul unei societăţi bolnave apare o contradicţie netă între natura umană şi societate. Aceste idei le regăsim enunţate anterior de J.-J. Rousseau, care vorbea despre „sălbaticul fericit", trăind într-o lume naturală, precum şi de Th. Hobbes, care susţinea teza *„homo homini lupus"* într-o societate reprimantă şi conflictuală.

Se relevă, din cele de mai sus, o dată mai mult, faptul că igiena mintală promovează valorile umaniste. Pentru E. Fromm, o persoană este sănătoasă mintal când trăieşte în dragoste, raţiune şi credinţă şi îşi respectă viaţa sa şi pe cea a semenilor săi.

Elementul central care asigură starea de sănătate mintală rămâne experienţa personală de viaţă. Absenţa acesteia sau conflictele duc la o alterare a Eului, care va genera anxietatea. Sentimentul de aneantizare prin angoasă duce la apariţia impresiei că „viaţa este o boală mortală" (S. Kierkegaard). Se instalează deci boala psihică. Bolnavul psihic

este un om nefericit. El simte şi trăieşte această stare de disconfort atât în interiorul său, cât şi în relaţiile cu societatea.

Pentru E. Fromm, acest umanism care stă la baza igienei mintale este un „umanism normativ" (*normative humanism*), conform căruia sănătatea mintală a unui individ depinde de adecvarea la un model al naturii umane, dincolo de sentimentul subiectiv de „bine" pe care-l dă adaptarea individului la ordinea socială.

Capitolul 3

Anormalitatea psihică

1. Anormalitatea

Am menţionat mai sus faptul că starea de *anormalitate* este înţeleasă ca opusul stării de *normalitate*, ele fiind complementare (M. Foucault, R. Bastide, P. Giudicelli, G. Canguilhem, R. Liuton, S. Morin, H. Elleuberger). Rezultă de aici că, dacă starea de *normalitate* echivalează cu cea de *sănătate mintală*, starea de *anormalitate* constituie condiţia apariţiei *bolii psihice*. Anormalitatea reprezintă, prin urmare, orice formă de abatere de la normă. Ea este o stare de dezechilibru pe mai multe planuri: dezechilibru individual; dezacord în relaţiile interpersonale; inadaptare socială sau la situaţiile vieţii; devianţă comportamentală; nonconformism în raport cu sistemul de valori ale mediului sociocultural; ostilitate faţă de semeni, faţă de grupul social sau instituţii.

Anormalitatea este conceptul larg care include toate tipurile de manifestări mai sus menţionate şi din acest motiv nu ne este permis să o reducem exclusiv la conceptul de *boală*. Ea este terenul favorizant pe care boala psihică apare şi se dezvoltă ca o posibilitate ontologică accidentală.

Definindu-se comparativ cu starea de normalitate, care reprezintă echilibrul psihic şi social, anormalitatea este starea de dezechilibru psihic şi social.

În ceea ce priveşte caracteristicile stării de echilibru, Cl. Herzlich distinge următoarele aspecte: starea de bine fizic; absenţa oboselii; starea de bine psihic; egalitatea dispoziţiei emoţionale; eficienţa activităţii; relaţiile pozitive cu ceilalţi; adaptarea la realitate şi la situaţiile vieţii; optimismul; creativitatea.

2. Formele anormalităţii şi boala psihică

În ceea ce priveşte definiţia *bolii* şi a *sănătăţii*, ca şi în cazul anormalităţii şi al normalităţii, există două concepţii şi două criterii (G. Canguilhem): pe de o parte, concepţia ontologică şi cea pozitivistă; pe de altă parte, criteriul calitativ şi cel cantitativ. Faţă de aceste două categorii, G. Canguilhem remarcă faptul că, în plus, între *boală* şi *sănătate* se mai interpune o situaţie intermediară, reprezentată prin *eroare*.

Eroarea este o abatere de la normă care, deşi constituie o anomalie, poate fi, în egală măsură, şi o „variaţie" a normalităţii. În felul acesta, relaţia dintre boală şi sănătate are următorul aspect:

	Concepţia ontologică		Concepţia pozitivistă
Criterii calitative	Boală	Eroare metabolică	Anormalitate
Criterii cantitative	Sănătate		Normalitate

Leriche a definit boala, în general, după următoarele trei categorii de *criterii*:

- o anumită stare a corpului;
- o anumită interpretare dată de medic;
- o anumită stare de conştiinţă a bolnavului privind propria sa persoană şi stare de sănătate.

Din punct de vedere psihologic, boala este percepută ca o stare negativă. Conştiinţa sănătăţii se exprimă prin sentimentul de siguranţă, iar conştiinţa bolii prin cel de suferinţă şi slăbiciune. Boala este însoţită de anxietatea dată de posibilitatea complicaţiilor sale, precum şi de ameninţarea unei disoluţii a corpului sau chiar de periclitarea vieţii.

În ceea ce priveşte boala psihică, referitor la configuraţia sa avem de-a face cu câteva aspecte particulare: schimbarea pe care bolnavul o resimte în sfera conştiinţei sale, un mod de a se autopercepe diferit; individul este etichetat de către societate ca anormal psihic în funcţie de ideile, actele sau comportamentele sale; această schimbare este diagnosticată de medicul psihiatru, care-i atribuie caracteristicile unei anumite categorii clinico-nosologice.

La acestea vin să se adauge încă două elemente, *diagnosticul* şi *prognosticul*, având funcţii contradictorii: existenţa unui pericol, în măsura în care este confirmată starea de boală; existenţa concomitentă a unei speranţe legate de prezenţa şi decizia medicului, care este capabil să rezolve problema.

După H. Sigerist, conceptul de *boală* este o abstracţie, un concept operaţional pur, prin care se desemnează o anumită formă de suferinţă. După părerea acestuia, „diferitele boli sunt abstracţii realizate de observator. Ele sunt mijloace puse în serviciul gândirii şi al practicii medicale; dar sunt şi mijloace absolut indispensabile, cu ajutorul cărora ne orientăm în multitudinea de fenomene necesare pentru a face din medicină o ştiinţă şi o practică" (H. Sigerist).

Pentru Cl. Herzlich, boala reprezintă un tablou complex şi specific de suferinţe, care pot fi sistematizate în trei grupe de manifestări:

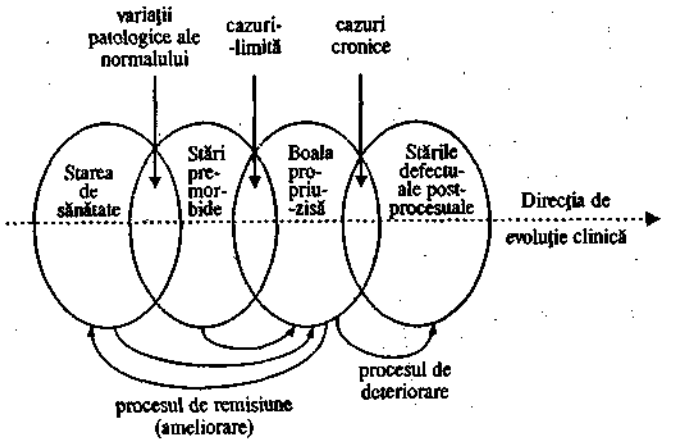
a) *boala distructivă*, caracterizată prin: inactivitate; abandonul rolului familial şi profesional; apariţia unor greutăţi financiare; excluderea din cadrul grupului social prin desocializarea bolnavului; sentimentul de izolare, inutilitate şi angoasă;
b) *boala eliberatoare*, caracterizată prin: abandonul responsabilităţilor; sentimentul de repaus; impresia bolnavului că nu mai depinde de nimeni; impresia eliberării;
c) *boala-profesiune*, caracterizată prin: obţinerea de avantaje; adaptarea individului la boală şi trăirea limitelor impuse de aceasta în scopul obţinerii unor avantaje personale; acceptarea bolii ca sursă de avantaje şi în primul rând ca mijloc de trai.

Se poate observa din cele de mai sus caracterul complex al stării de *boală*. Aceasta influenţează direct *rolul* şi *statutul* social ale individului, aspecte reflectate şi în schimbările care intervin în sfera idealurilor sale, aşa cum se poate vedea în tabelul de mai jos:

Tip de boală	Rolul social	Statutul social	Idealul individului
Destructurantă	Inactivitate	Dependenţă	Sentiment de angoasă
Eliberatoare	Inactivitate	Libertate	Repaus şi independenţă
Profesiune	Activitate	Protecţie	Avantaje

Boala reprezintă o formă de manifestare a stării de anormalitate şi ea trebuie înţeleasă în cadrul acestui concept larg. În sfera anormalităţii, boala este numai un sector, în comparaţie cu alte forme de manifestare a stărilor de anormalitate.

Ceea ce e important este faptul că nici normalitatea, nici anormalitatea nu au limite precise, ele intersectându-se, motiv pentru care şi formele anormalităţii vor fi marcate de aceeaşi regulă. În sensul acesta, distingem o largă paletă de variaţii pornind de la starea de normalitate sau sănătate către diversele forme ale patologicului sau ale bolii:



a) *starea de sănătate* reprezintă echilibrul psihosomatic, normalitatea, cu lipsa de acuze obiective şi subiective şi impresia de bine fizic şi psihic;
b) *stările premorbide* sunt reprezentate prin următoarele: dispoziţii anormale constituţionale, congenitale sau ereditare; stări subclinice minore, neresimţite ca atare de bolnav; un teren psihosomatic fragil, sensibil, propice dezvoltării unor boli;
c) *variaţiile patologice ale normalului* sunt reprezentate prin următoarele aspecte: trăsături patologice de personalitate de tip schizoid, paranoic, obsesiv, fobic, isteric etc.; dificultăţi de adaptare; inegalităţi de comportament; variaţii emoţional-afective; imaturitate afectivă; intelect de limită;
d) *boala* propriu-zisă este caracterizată prin următoarele: stare de dezechilibru fiziologic şi psihic; existenţa unor leziuni organice; alterarea stării generale; epuizare fizică şi psihică; incapacitatea de a mai fi activ; senzaţia de rău, de straniu; existenţa unor semne clinice obiective şi subiective;
e) *stările defectuale postprocesuale* reprezintă totalitatea modificărilor personalităţii care apar şi rămân definitiv fixate după trecerea sau încheierea procesului morbid şi care se caracterizează prin următoarele: infirmităţi fizice; defecte afective, obsesive, fobice; defecte paranoice; deficit intelectual; deficienţe senzoriale; deficienţe motorii;
f) *cazurile cronice* ireversibile sunt boli cu evoluţie clinică îndelungată, incurabile, care duc la degradarea progresivă, fizică şi psihică, şi în final la încetarea completă a tuturor proceselor vitale, cu moartea individului.

De o deosebită importanţă pentru igiena mintală este analiza modului de comportament al individului în cursul bolii. Pe plan psihologic, orice boală se caracterizează prin trei elemente (J. Delay şi P. Pichet): îngustarea universului; egocentrism; o atitudine alcătuită atât din tiranie, cât şi dintr-o stare de dependenţă.

Toate aceste aspecte pot fi sintetizate în câteva tipuri principale, reprezentate de *dependenţă*, *evaziune* şi *exaltarea Eului*. Le vom analiza în continuare.

Dependenţa în boală este reprezentată de faptul că, din cauza bolii sale, bolnavul se află într-o stare de dependenţă faţă de medicul curant.

Evaziunea – la unii bolnavi boala poate implica o stare de evaziune, de evadare, oferindu-le un mijloc eficace de a scăpa de propriile dificultăţi. Aceasta se poate manifestă prin următoarele: *retragere*, îngustarea orizontului bolnavilor şi ruperea legăturilor acestora cu mediul; *introversiune*, închiderea în sine, centrarea bolnavului asupra propriei sale persoane; *regresiune*, în cursul căreia dependenţa bolnavului faţă de medic se manifestă ca o formă de regresiune ce se asociază cu comportamente de tip infantil.

Exaltarea Eului se poate manifesta prin următoarele aspecte: narcisismul, constând în exagerarea grijii şi a interesului faţă de sine, considerat ca o valoare specială; rolul narcisismului în terapeutică constă în faptul că bolnavul poate avea mai multă încredere în medicul său curant în cazul în care acesta îl consideră un *caz* interesant, deosebit de cele ale altor bolnavi; narcisismul se poate asocia cu selecţia socială, fiind cu atât mai accentuat cu cât statutul bolnavului este inferior (copii, bătrâni, persoane abandonate etc.).

3. Boala mintală şi bolnavul psihic

Prin natura sa particulară, boala mintală se deosebeşte de restul patologiei, cum, de altfel, şi bolnavul psihic este o altfel de fiinţă umană aflată în suferinţă. Afectarea personalităţii de către procesul morbid duce la o schimbare de diferite forme şi grade de profunzime a însăşi naturii umane. Aceste particularităţi ne obligă să insistăm asupra analizei bolii mintale, pentru a putea înţelege natura persoanei bolnavului psihic.

Orice boală mintală este o suferinţă care interesează în diferite grade întreaga personalitate a individului, luând forme clinice dintre cele mai diferite.

Pentru K. Schneider, anomaliile psihice îmbracă două aspecte:

a) *varietăţi anormale ale fiinţei psihologice*: aptitudinile intelectuale anormale, personalităţile anormale, reacţiile anormale la evenimentele vieţii trăite;

b) *boli mintale propriu-zise* (somatice şi psihopatologice), în care se cuprind următoarele:
   - în plan somatic: intoxicaţiile, PGP, malformaţiile sistemului nervos, traumatismele cerebrale, ASC, tumorile cerebrale, epilepsia;
   - în plan psihopatologic: schizofrenia, PMD.

În aprecierea bolilor psihice, trebuie avute în vedere trei aspecte (E. Minkowski):

a) *simptomul*, un semn localizat, revelator al unei perturbaţii care se reflectă la nivelul strict al unei anumite funcţii psihice;
b) *sindromul*, ansamblul de simptome care coexistă cu regularitate, relevând prin aceasta o origine comună;
c) *boala* care comportă ideea de evoluţie sau de proces, depăşind prin aceasta sindromul, ce prezintă o evoluţie progresivă, o anumită etiologie, de regulă unică, şi declanşând forţe interne de apărare, în vederea restabilirii echilibrului pierdut.

H. Ey propune un model teoretic cu caracter de sinteză generală, referitor la *boala psihică*. În fundamentarea teoriei sale, autorul citat porneşte de la tezele lui H. Jackson, considerând *evoluţia* şi *disoluţia* ca reprezentând mecanismele *organizării* şi *dezorganizării* sistemului personalităţii. În acest sens, boala psihică este o dezorganizare a aparatului psihic al personalităţii. Concepţia lui H. Ey, cunoscută sub numele de *teoria organo-dinamistă*, enunţă patru teze principale privind boala psihică:

a) *teza psihologică* consideră boala mintală ca fiind implicată în organizarea psihicului; se apreciază că boala mintală trebuie, în sensul acesta, să fie interpretată ca o „imagine inversă a evoluţiei psihice"; ea nu are rol creator, ci eliberator al unor funcţii şi manifestări psihice mascate sau larvate;
b) *teza fenomenologică* susţine că structura bolii mintale este esenţialmente negativă sau regresivă; ea apare ca o ruptură a comunicării şi a relaţiilor interpersonale necesare înţelegerii, fiind prin aceasta o altă formă de realitate umană, diferită de cea normală;
c) *teza clinică* consideră bolile psihice (nevrozele şi psihozele) ca fiind, prin structura şi dinamica lor clinică, forme tipice ale unor niveluri variate de agenezie sau de disoluţie a organizării aparatului psihic;
d) *teza etiopatogenetică* consideră boala mintală ca pornind de la un proces organic; fenomenele regresive, specifice bolii mintale, sunt privite ca procese de „cauzalitate organodinamistă", implicate în etiopatogenia bolii mintale.

Concepţia medicală clasică de factură clinico-biologică nu poate fi însă aplicată în totalitate în cazul patologiei psihiatrice. În viaţa psihică nu se poate stabili cu exactitate o demarcaţie netă între normal şi patologic, între starea de sănătate mintală şi cea de boală psihică, aşa cum am arătat deja mai înainte.

Având în vedere dificultatea şi în unele situaţii chiar imposibilitatea operării unei demarcaţii nete între starea de *sănătate mintală* şi *boala psihică* şi recunoscând concomitent existenţa unor „stări intermediare", este necesar să insistăm asupra analizei acestui aspect, care demonstrează că, în cazul organizării şi dinamicii sistemului personalităţii, există o „succesiune de forme" de la *normal* la *patologic*. În sensul acesta am izolat următoarele forme de status mintal:

a) *sănătatea mintală*, reprezentând forma de normalitate psihică, de echilibru interior şi adaptare la realitatea externă;

b) *stările intermediare*, care, deşi ies din cadrul normalităţii, nu reprezintă manifestări sau stări patologice, ci fragilităţi sau trăsături minore de anormalitate, constituind grupa de manifestări cunoscute în literatura germană de psihiatrie ca „variaţii patologice ale normalului";
c) *boala mintală* ca formă de transformare psihopatologică a personalităţii, prin pierderea stării de echilibru interior, ruperea de realitate, incomunicabilitate, izolarea într-un univers morbid; aceasta este starea de anormalitate psihică;
d) *defectul postprocesual*, reprezentând starea personalităţii după încheierea evoluţiei procesului clinico-psihiatric, considerat o stare de handicap psihic.

Având în vedere aspectele mai sus prezentate referitoare la boala psihică, să analizăm în continuare persoana bolnavului mintal.

Bolnavul psihic este persoana care prezintă modificări psihice de diferite feluri şi în diferite grade. Acestea se pot manifesta prin următoarele modificări:

a) inadaptare la realitate;
b) stare de oboseală, cu performanţe intelectuale scăzute;
c) variaţii emoţional-afective;
d) tulburări de conştiinţă;
e) tulburări de gândire privind tematica ideilor, fluenţa, coerenţa, asociaţiile bizare, conţinutul;
f) dificultăţi de activitate;
g) tulburări de comportament;
h) tulburări de identitate, de autopercepere sau reprezentare a propriei persoane;
i) tulburări de percepţie (iluzii, halucinaţii).

În raport cu structura organismului persoanei şi cu natura patologiei generale, distingem trei categorii de bolnavi:

a) *bolnavul somatic*, ce acuză senzaţia de rău fizic, asociată cu sentimentul ameninţării propriei vieţi de perspectiva infirmităţii sau a morţii;
b) *bolnavul psihic*, ce manifestă tulburări de adaptare, stranietate, disperare, pierderea autocontrolului, închiderea în sine, derealizarea, schimbarea emoţional-afectivă;
c) *bolnavul psihosomatic*, ce prezintă suferinţe mixte, deopotrivă din sfera somatică şi din cea psihică, asociate cu sentimente de panică şi o mare participare a sferei imaginarului.

Se consideră că, pe lângă influenţa factorilor pur etiologici psihobiologici, bolnavul psihic este în egală măsură şi un produs al societăţii sale (H. Damaye, E. Fromm, J. Delay şi P. Pichot, Cl. Herzlich). Boala psihică este legată de mentalitatea şi valorile modelului sociocultural care atribuie statutul de bolnav psihic, în anumite circumstanţe, unui anumit individ (J. Lemoine). Această observaţie are o mare importanţă în ceea ce priveşte evaluarea factorilor sociali *sano-* sau *morbigenetici*, precum şi măsurile de psihoprofilaxie pe care igiena mintală trebuie să le aibă în vedere.

Clinica psihiatrică vede în bolnavul mintal o persoană cu o conştiinţă alterată, care-l împiedică să se adapteze la realitate, făcându-l să piardă contactul cu aceasta şi să-şi modifice comportamentul (E. Minkowski, K. Jaspers, K. Schneider). Aceste aspecte

sunt esențiale pentru acțiunea de igienă mintală, necesitând cunoașterea exactă a marilor tablouri nosologice. În sensul acesta, bolnavii psihic pot fi: persoane care reacționează patologic la experiențele vieții trăite (nevroze, stări reactive); persoane ce-și schimbă regimul de personalitate în funcție de un proces de dezechilibru interior, endogen, nefiind influențate de factori externi (psihoze); constituții caracteriale anormale ale personalității (psihopatii); nedezvoltări intelectuale, afective, neuromotorii (oligofrenii); persoane care simulează tulburări psihice pentru obținerea unor avantaje; afecțiuni psihice induse prin sugestie, de tipul ipohondriei, sau bolnavi imaginari (stări ipohondriace); persoane cu crize scurte, de tipul unor accidente emoțional-afective și vegetative (crizele isterice); cele cu tulburări psihice cauzate de anumite leziuni organice cerebrale (ASC, tumori cerebrale, traumatisme, neurosifilis, epilepsie, demențe, psihoze organice).

4. Stadiile bolii și formele acesteia

Boala este definită ca fiind acea schimbare a stării de sănătate resimțită de individ drept ceva dezagreabil, pentru îndepărtarea căruia el caută remedii.

În ceea ce privește evoluția bolii, se remarcă existența mai multor stadii, evaluarea acestora fiind diferită la diferiți autori. Astfel, E.A. Suchman distinge cinci stadii în evoluția unei boli:

a) stadiul apariției simptomelor, reprezentând trecerea de la sănătate la boală;
b) asumarea de către persoana în suferință a rolului de bolnav;
c) stadiul contactului cu îngrijirea medicală, reprezentat prin următoarele: validarea bolii, ca realitate, prin confirmarea diagnosticului clinic; explorarea funcțională a simptomatologiei bolnavului; evaluarea prognostică a evoluției afecțiunii aflate în discuție;
d) stadiul de dependență a bolnavului de medic și de mijloacele terapeutice;
e) stadiul de regăsire a sănătății sau de recuperare.

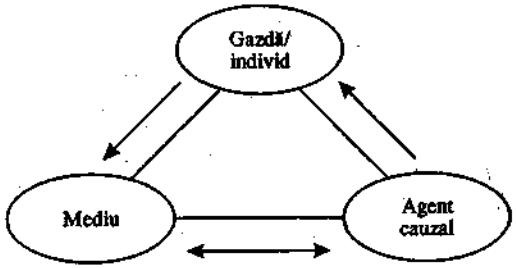
Mult mai analitic, U.A. Igun remarcă existența a 11 stadii de evoluție a bolii, după cum urmează:

a) experiența simptomelor;
b) autotratamentul;
c) comunicarea „stării de sănătate" alterată anturajului;
d) instalarea clinică a simptomelor;
e) asumarea rolului de risc;
f) exprimarea ajutorului din exterior;
g) asumarea unui ipotetic tratament empiric;
h) selecția modelelor terapeutice și alegerea medicului;
i) introducerea tratamentului adecvat;
j) evaluarea efectelor tratamentului;
k) însănătoșirea și recuperarea sănătății individului.

K. Jaspers, făcând o analiză calitativă diferențiată a modelelor de evoluție clinică a bolii psihice, distinge mai multe forme: atacul, criza, starea clinică sau procesul, dezvoltarea în raport cu un anumit teren de vulnerabilitate a personalității, ameliorarea ca formă parțială de remisiune către vindecare și remisiunea parțială cu defect postprocesual.

5. Raportul „sănătate-boală"

B. Kozier și G. Erb susțin că se poate vorbi despre „modelul ecologic" al stării de echilibru dintre „normal" și „patologic" sau al raportului „sănătate-boală", așa cum reiese din figura de mai jos:



În acest raport, considerat „ecologic" de autorii mai sus menționați, părțile implicate reprezintă următoarele:

a) *individul* sau gazda, respectiv persoana sau grupul de persoane care pot prezenta sau nu pot prezenta riscul de îmbolnăvire;
b) *agentul cauzal*, reprezentat prin orice factor din mediu care, prin prezența sau absența sa, poate provoca boala;
c) *mediul*, atât intrinsec, cât și extrinsec, ambiental, care poate sau nu predispune individul la îmbolnăvire.

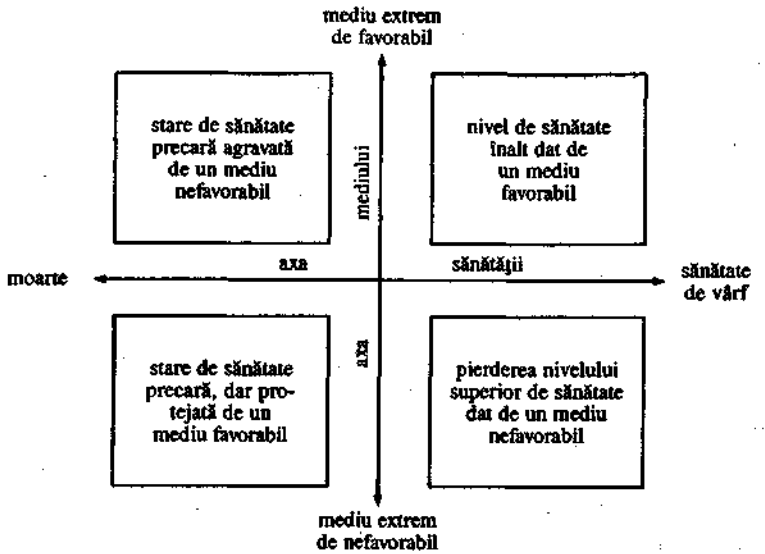
În afară de modelul ecologic de mai sus, se mai poate vorbi și de alte tipuri de modele, după cum urmează:

a) *modelul clinic*, ce privește homeostazia sau starea de echilibru interior al organismului;
b) *modelul adaptativ*, care privește aspectele exclusive ale adaptării externe a persoanei la mediul ambiental;
c) *modelul endaimonistic*, ce consideră că starea de sănătate este condiția actualizării sau a realizării potențialului de sănătate sau de boală al persoanei.

Se poate conchide, din cele de mai sus, că starea de echilibru dintre sănătate și boală este dată atât de factori endogeni, proprii individului, cât și de factori exogeni, de mediu.

Schema de mai jos reprezintă raporturile dintre *starea de sănătate*, *riscul de îmbolnăvire* și *calitatea mediului ambiental*.

Se remarcă, în sensul acesta, o variație a riscului de îmbolnăvire în raport direct cu acțiunea patogenă a mediului. Remarcăm, astfel, existența a patru posibilități privind riscul de îmbolnăvire în funcție de starea de sănătate: *starea de sănătate precară*, dar protejată de un mediu favorabil; *nivelul de sănătate înalt*, dat de un mediu favorabil;

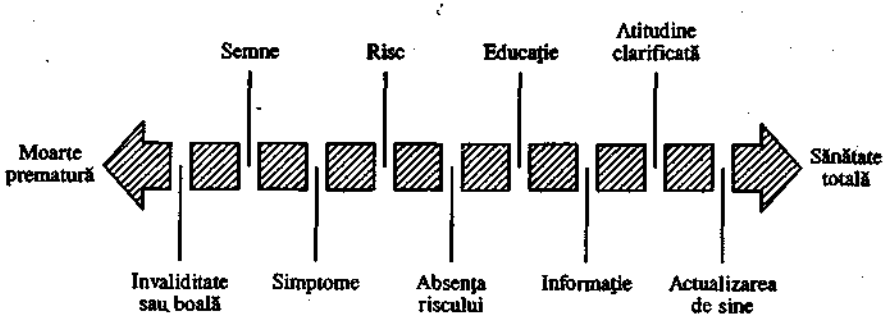

mediu extrem
de favorabil
stare de sănătate precară agravată de un mediu nefavorabil
nivel de sănătate înalt dat de un mediu favorabil
axa mediului
moarte
axa sănătății
sănătate de vârf
stare de sănătate precară, dar protejată de un mediu favorabil
axa
pierderea nivelului superior de sănătate dat de un mediu nefavorabil
mediu extrem
de nefavorabil

pierderea nivelului superior de sănătate din cauza unui mediu nefavorabil; *starea de sănătate precară*, agravată de un mediu nefavorabil.

Datele prezentate în schema de mai sus pun accentul pe influența mediului, a factorilor de morbigenează și risc legați de acesta, aducând în discuție două tipuri calitative de mediu: *mediul extrem de favorabil* pentru sănătate și *mediul extrem de nefavorabil* pentru sănătate, primul având rol protector pentru sănătate, al doilea, valoare patogenă.

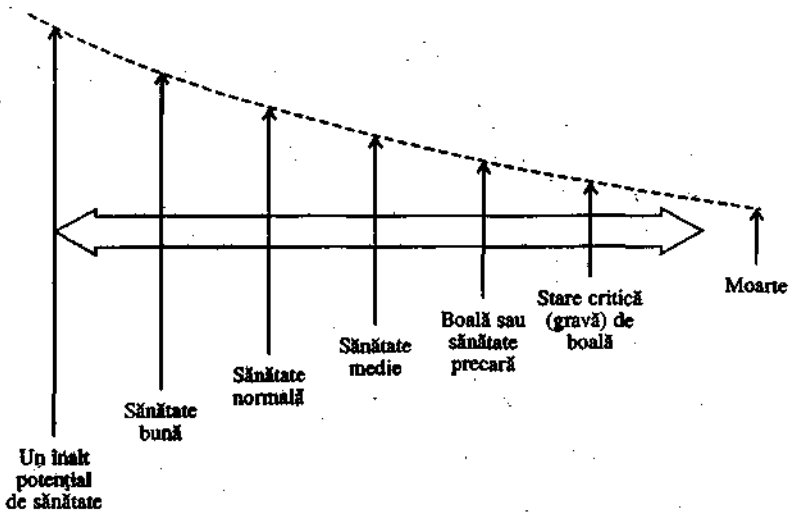
În schema anterioară se pune în discuție, în ceea ce privește raportul „sănătate-boală", relația dintre potențialul psihobiologic natural, reprezentat prin sănătatea de vârf, și riscul ultim la care este supusă aceasta, adică moartea.

O atenție deosebită se acordă „morții premature", ca o consecință a apariției bolii cu caracter de gravitate severă, așa cum rezultă din schema de mai jos.



Rezultă din această schemă că absența riscului este condiția esențială pentru o stare de sănătate totală. În mod contrar, sensul vieții individului va lua o altă direcție în momentul apariției și acțiunii factorilor de risc, cu valoare morbigenetică, ce vor declanșa starea de boală, de diferite grade ca gravitate, putând avea drept consecință fie invaliditatea, fie moartea prematură a individului.

Analizând în detaliu dinamica stării de *sănătate* și a *bolii*, desprindem faptul că se poate stabili o „corespondență ontologică" între gradele de sănătate și gradele de îmbolnăvire, așa cum se poate vedea în schema următoare.



Prin urmare, în cadrul stării de sănătate, dar și în cadrul stării de boală, există „niveluri" structurale, cu semnificație calitativă, care sunt corespondente în planul desfășurării vieții psihobiologice.

În plus, se poate observa o trecere gradată de la nivelurile stării de sănătate la nivelurile patologice, fapt care dovedește că orice proces morbid este o destructurare „în trepte" a normalului.

De aceste aspecte „stadiale" suntem obligați să ținem seama în ceea ce privește instituirea acțiunilor de igienă mintală, de protejare a stării de sănătate mintală și de anulare a acțiunii factorilor morbigenetici de risc.

Capitolul 4

Factorii de sanogeneză psihică

1. Evoluţia psihosocială a omului şi a sănătăţii mintale

S-a observat existenţa unei concordanţe între dinamica evoluţiei stării de sănătate mintală şi cea a evoluţiei psihosociale a individului sau a comunităţilor umane. În sensul acesta, revenim cu teza, afirmată mai înainte, conform căreia factorii ce contribuie la modelarea şi edificarea stării de sănătate mintală nu sunt numai cei de natură psihobiologică, proprii individului, de factură ereditar-genetică, ci îşi aduc contribuţia şi factorii de mediu fizic şi social. În baza acestor considerente, se poate vorbi atât de *factori personogenetici*, ce ţin strict de individ, cât şi de *factori demogenetici*, care ţin de grupul social, relaţiile interumane, instituţii şi care sunt, în final, concentraţi în modelul sociocultural.

Acţiunea factorilor sanogenetici, de promovare a unei stări de sănătate mintală optimă, depinde de acţiunea „represiv-modelatoare" a valorilor modelului sociocultural. Această acţiune trebuie înţeleasă ca un proces formativ, modelator, prin intermediul căruia sistemul de valori socioculturale, educativ-morale, economico-politice şi spiritual-religioase, acţionând asupra membrilor unei comunităţi sociale date, determină caracteristicile specifice personalităţii de bază a grupului etnosocial considerat, formele de comportament, mentalitatea, idealurile, acţiunile colective, tot ceea ce intră în configuraţia specifică a acestei populaţii. În sensul acesta, variaţiile modelului sociocultural vor exercita, la rândul lor, o influenţă asupra stării de sănătate mintală a populaţiei respective.

Aceste modificări sunt direct legate de sistemul de valori integrate în respectivul model social. Menţinerea valorilor şi formarea indivizilor prin educaţie, în spiritul unor valori pozitive, va contribui direct la edificarea unei stări de sănătate mintală în conformitate cu normele admise. În mod contrar, stările de criză, anomaliile sociale, situaţiile de devalorizare ce vor afecta modelul sociocultural vor avea grave repercusiuni imediate asupra stării de sănătate mintală a grupului comunitar respectiv. Din această cauză, menţinerea şi cultivarea valorilor pozitive ale modelului social sunt esenţiale, ele reprezentând garanţia echilibrului psihosocial şi, prin urmare, a stării de sănătate mintală a populaţiei respective. Acesta este şi motivul pentru care înţelegerea importanţei modelului sociocultural este fundamentală în edificarea sănătăţii mintale (explicaţie pe care o găsim în analiza evoluţiei sociale a omului şi a societăţilor).

O analiză istorică atentă ne îndreptăţeşte să admitem existenţa unei evoluţii a sănătăţii mintale şi a bolii psihice, desfăşurată „în paralel" cu evoluţia istorică şi socială a comunităţilor umane. Dincolo de aspectele formale determinate de succesiunea evenimentelor

istorice, se poate vorbi şi despre o „istorie psihologică interioară", atât a individului, cât şi a comunităţilor umane determinate de acţiunea acestor evenimente exterioare.

Formele de viaţă istorică exercită două tipuri de influenţă asupra grupelor umane, prin intermediul modelului sociocultural:

a) o influenţă exterioară, cu caracter normativ, de modelare a relaţiilor şi comunicării interumane, a comportamentelor individuale şi de grup;
b) o influenţă interioară, cu caracter psihologic, de formare a unor modele de gândire şi sensibilitate, aspiraţii, atitudini, idealuri etc.

Trecerea de la *viaţa în natură* (*physis*) la *viaţa în cetate* (*polis*) presupune o mutaţie importantă în evoluţia omului. Civilizaţia, cu rigorile şi avantajele ei, „închide", dar în acelaşi timp şi „protejează" omul în spaţiul cetăţii prin scoaterea lui din natură. Din acest moment, asupra sa nu vor mai acţiona exclusiv „factorii naturali" ai mediului fizic, ci şi „forţele civilizatoare" ale mediului social.

Viaţa civilizată transformă omul şi plasează evoluţia sa biologică şi sufletească în alte registre ontologice. Modelul sociocultural va începe să exercite interdicţii generale cu caracter normativ. Această reprimare are un scop modelator şi se face conform unor valori morale, religioase etc. Ceea ce omul va pierde „ieşind" din natură va câştiga „intrând" în cetate. Aceste aspecte se vor reflecta şi în planul sănătăţii sale mintale.

Viaţa în cetate protejează omul, îl apără, dar îi impune şi obligaţii. El este dator să asimileze aceşti „factori de civilizaţie" pentru a se putea adapta şi a beneficia de avantajele lor. Treptat însă, omul se va transforma, devenind „dependent" de factorii de civilizaţie ai modelului sociocultural, în asemenea măsură încât starea lui de sănătate mintală va fi direct şi imediat influenţată de variaţiile acestora, fie în sens pozitiv (sanogenetic), fie în sens negativ (morbigenetic).

H. Schulze, ocupându-se de analiza evoluţiei sociale a omului şi a sănătăţii mintale a acestuia, precum şi a genezei, în decursul istoriei, a bolilor psihice, a stabilit existenţa a patru etape importante de evoluţie a umanităţii. În decursul acestor etape asistăm la o schimbare importantă a persoanei umane şi a societăţilor, prin influenţa modelului sociocultural. Etapele de evoluţie socială la care face referinţă H. Schulz sunt următoarele:

a) *etapa subumană*, de asimilare a naturii;
b) *etapa umană*, de asimilare a culturii, cu două subetape: formarea colectivităţilor umane; organizarea şi dezvoltarea comunităţilor sociale;
c) *etapa selecţiei culturale*, cu două subetape: revoluţia industrială şi ştiinţifică; automatizarea industriei şi a omului;
d) *etapa celui de-al treilea umanism*, reprezentând societatea viitorului (H. Schulze, A. Tofler).

Pentru susţinerea acestui model de *evoluţie*, H. Schulze vorbeşte de *o dinamică a dezvoltării umane*, pe care o numeşte „domesticirea progresivă a omului" şi care constă într-un proces de *încărcare progresivă*, desfăşurată în două etape: *etapa biopozitivă* şi *etapa bionegativă*.

După părerea lui H. Schulze, evoluţia psihoistorică a umanităţii este consecinţa unui proces continuu de *încărcare* şi de *descărcare*.

Descărcarea reprezintă pierderea capacităţilor naturale ale omului, pe când *încărcarea* este obligativitatea acestuia de a asimila noile elemente ale civilizaţiei şi culturii. Pe aceste

considerente, dată fiind legea progresului, orice descărcare implică o nouă încărcare, orice *pierdere* a capacităţilor naturale este *înlocuită* compensator prin noile deprinderi oferite de viaţa civilizată.

Omul actual este rezultatul istoric al unei evoluţii psihosociale de ajustare prin descărcare, după cum urmează:

a) *faza subumană*, în care se produce descărcarea indusă prin natură;
b) *faza umană*, în care se produce descărcarea indusă prin cultură, în mai multe etape: prima descărcare, corespunzătoare apariţiei şi utilizării uneltelor şi a focului; a doua descărcare, reprezentată prin sedentarizare; a treia descărcare, reprezentată prin revoluţia industrială; a patra descărcare, reprezentată prin automatizare.

Această evoluţie psihosocială dinamică, considerată în perspectiva istorică a omului şi a comunităţilor social-umane, a dus, după observaţiile lui H. Schulze, la evoluţia stării de sănătate mintală, dar, în mod corespunzător, a determinat şi apariţia unor boli psihice, direct legate sau condiţionate de procesul de evoluţie istorică a vieţii civilizate.

Pentru H. Schulze, evoluţia umanităţii s-a făcut în trei mari direcţii:

a) *evoluţia confortului*, reprezentând cultura materială, care a generat civilizaţia de consum şi confortul individual şi colectiv;
b) *evoluţia stării de siguranţă*, reprezentând factorii socioeconomici, care au dus la asigurarea socioeconomică;
c) *evoluţia culturii spiritualo-sufleteşti* şi a personalităţii umane.

Analizând situaţia stării de sănătate mintală şi a bolii psihice în secolul XX şi în perspectivă, H. Schulze remarcă faptul că aceste trei direcţii de evoluţie nu au adus numai *factori de progres*, ci, dimpotrivă, au conţinut în interiorul lor şi *factori de regres*. Alături de „bolile naturale", apar şi „bolile civilizaţiei". Factorii de progres reprezintă factorii sanogenetici, pe când factorii de regres constituie factorii morbigenetici. Problema care se pune în acest caz este, pe de o parte, capacitatea de adaptare-asimilare a factorilor de progres, sanogenetici, de către grupul social de indivizi, iar pe de altă parte, vulnerabilitatea pe care o reprezintă factorii de progres care obligă grupul social-uman la o hiperadaptare, extrem de rapidă şi de profundă. Această obligativitate o întâlnim în *momentele-cheie* ale evoluţiei psihosociale, reprezentate prin crizele de dezvoltare şi progres, cu o suprasolicitare maximă şi de scurtă durată, de readaptare a indivizilor la noile condiţii social-istorice de viaţă.

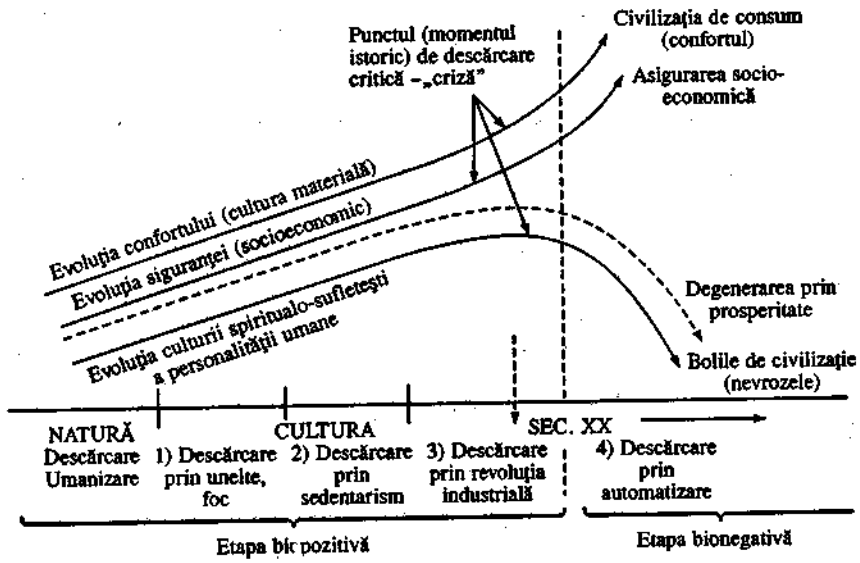
H. Schulze consideră aceste momente critice ca reprezentând *punctul de descărcare critică* în evoluţia societăţii.

În aceste momente se poate produce fie progresul societăţii, fie prăbuşirea completă a sistemului. Astfel, H. Schulze remarcă, în ceea ce priveşte dinamica stării de sănătate mintală, că secolul XX este momentul de maximă suprasolicitare a adaptării grupelor social-umane la factorii de progres. În acest moment civilizaţia de consum şi confort, precum şi asigurarea socioeconomică înregistrează un maxim de dezvoltare, dar, în mod corespunzător, asistăm şi la un proces de suprasaturare a capacităţii de asimilare a progresului de către grupul social-uman, care nu se mai poate adapta cu aceeaşi plasticitate şi rapiditate la noile condiţii impuse în mod imperios: „prea mult, prea repede, prea nou"! În această situaţie socială, suntem martorii unui dublu declin al grupelor social-umane:

a) pe de o parte, „degenerarea prin prosperitate", din cauza supraabundenţei evoluţiei socioeconomice;
b) pe de altă parte, apariţia „bolilor civilizaţiei", a nevrozelor, ca o expresie a deteriorării stării de sănătate mintală prin incapacitatea de adaptare la schimbări. În acest al doilea caz, remarcăm faptul că factorii de progres duc la declinul evoluţiei culturii spiritualo-sufleteşti a personalităţii umane, având drept consecinţă creşterea frecvenţei îngrijorătoare a bolilor psihice, a conduitelor deviante, a violenţei etc.

Din aceste motive se impune de urgenţă instituirea unor măsuri de igienă mintală, la nivel social-comunitar, de protejare a stării de sănătate mintală, mergându-se chiar până la ideea de a întreprinde o „reformă a sănătăţii mintale", în sensul unor soluţii de prevenire a apariţiei bolilor psihice în situaţiile de criză socială, considerate ca având o cauză predominant demogenetică. În acest caz, măsurile de igienă mintală vor trebui să se adreseze şi modelului sociocultural, adaptându-l la capacităţile de asimilare ale populaţiei respective. Astfel privind problema, igiena mintală se înfăţişează ca un important factor de „protecţie psihosocială", o veritabilă planificare a măsurilor de educaţie şi atingere a stării de sănătate mintală de către populaţia considerată. Toate aceste aspecte rezultă din schema de mai jos.

Se poate remarca din aceasta că, în ceea ce priveşte starea de sănătate mintală, H. Schulze distinge două etape de evoluţie: *etapa biopozitivă*, în care starea de sănătate mintală este mai puţin afectată, şi *etapa bionegativă*, caracterizată printr-o importantă afectare a stării de sănătate mintală şi în primul rând prin apariţia nevrozelor, pe care le consideră „boli ale civilizaţiei".



2. Etapele organizării şi dinamicii istorice ale sănătăţii mintale şi bolii psihice

Din cele prezentate mai sus se poate desprinde faptul că atât starea de sănătate mintală, cât şi cea de boală psihică, dincolo de aspectele lor formale, se constituie din organizările pulsionale fundamentale ale fiinţei umane, sub influenţa factorilor istorici generali. Acest aspect este atât de important, încât, privind din perspectiva evoluţiei istorice a speciei umane, putem afirma că această istorie este, dincolo de prefacerile circumstanţiale dictate de evenimentele aflate într-o permanentă schimbare, şi o „istorie interioară a transformărilor şi evoluţiei vieţii sufleteşti pulsionale" a omului, o permanentă „modelare" şi „readaptare" a nevoilor şi tendinţelor acestuia la noile forme de viaţă istorică.

O analiză a evoluţiei psihologice a speciei umane, atât din punct de vedere normal, cât şi patologic, se dovedeşte a fi o veritabilă „arheologie a sufletului" sau o „arheologie psihologică", având un dublu aspect: *normal* şi *patologic*.

Viaţa persoanei, conduitele, acţiunile, modalităţile de reacţie, formele de sensibilitate şi gândire, reprezentările, afectivitatea au suferit numeroase variaţii în decursul istoriei umanităţii, cărora, deşi numeroşi specialişti le-au semnalat, nu le-au fixat o configuraţie şi nici nu le-au dat o interpretare completă (S. Freud, M. Hirschfeld, B. Malinowski, P. Teilhard de Chardin, A. Delacroix, S. Nachi, M. Dide, A. Hesnard, H. Schultz, H. Benesch).

La baza tuturor acestor manifestări stau, aşa cum am spus, „organizările pulsionale" fundamentale ale individului. Ele constituie „materialul psihoenergetic" din care se construieşte viaţa psihică, începând cu instinctele şi urcând până la conştiinţă. O înţelegere a „metamorfozelor" speciei umane din punct de vedere psihologic nu este posibilă decât reconstituind „arheologia sufletului" ca metodă de analiză a acestei evoluţii istorice a omului din perspectiva vieţii sale sufleteşti şi în particular a stării de sănătate mintală şi boală psihică.

Istoria evoluţiei omului nu este numai o simplă şi exclusivă „istorie naturală", înţeleasă în sens biologic. Ea este, în egală măsură, şi o evoluţie psihologică, morală şi socială. *Istoria naturală* cuprinde perioada „omului natural", a omului din natură (*physis*). *Istoria socială* se referă la perioada „omului social", a omului din cetate (*polis*). Omul natural este „sălbaticul" (lat. *selvaticus*), pe când omul social este „cetăţeanul" (lat. *civis, -lis*), locuitor al cetăţii.

Analiza istorică a evoluţiei stării de sănătate mintală şi a celei de boală psihică demonstrează faptul că acestea nu pot fi separate. Ele coexistă permanent pe tot parcursul evoluţiei istorice a umanităţii. În această „evoluţie istorică" a sănătăţii şi a bolii notăm o largă paletă de „factori modelatori" care acţionează direct sau indirect atât asupra individului, cât şi a comunităţilor social-umane. Ei sunt reprezentaţi prin următoarele:

- stilul de viaţă potrivit nevoilor şi nivelului de dezvoltare social-istorică;
- influenţa valorilor modelului sociocultural în formarea personalităţii;
- modelul de gândire, atitudinea faţă de lume şi viaţă (*Weltanschauung*);
- condiţiile istorice ale formelor sociale (instituţii, legi, nivel de dezvoltare şi progres social sau stări de criză);

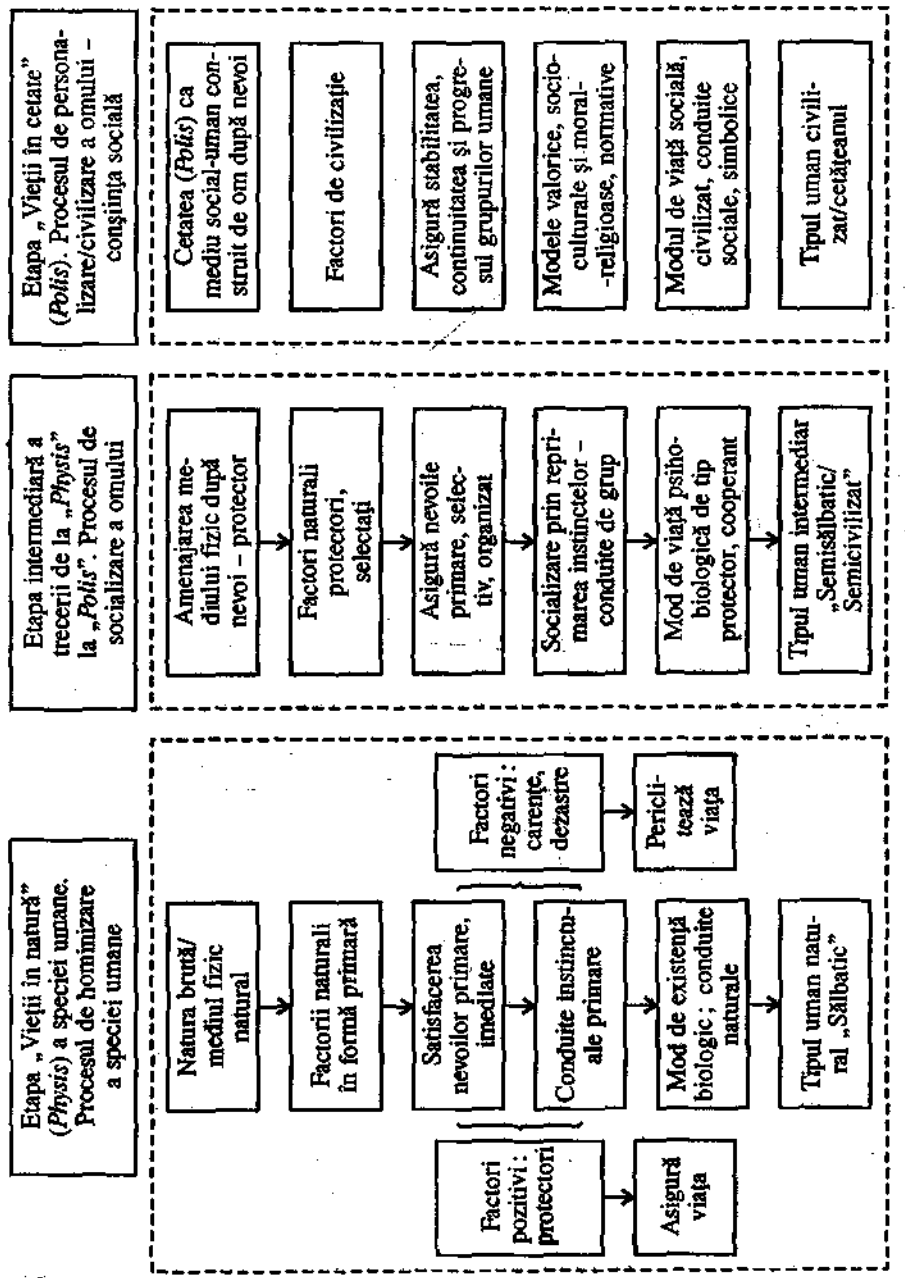
- migraţiile populaţionale;
- formele de comunicare, circulaţia informaţiilor, nivelul şi accesul la formele de educaţie şi instrucţie;
- progresul ştiinţei şi tehnologiei, precum şi efectul acestuia asupra vieţii oamenilor;
- efortul permanent de „asimilare" a noului şi de „adaptare" la acesta, care presupune o suprasolicitare permanentă a capacităţii de remodelare a personalităţii şi stilurilor de viaţă.

Istoria evoluţiei omului, din momentul ieşirii acestuia din natură (*physis*) şi al intrării lui în cetate (*polis*), reprezintă transformarea sa în persoană. Fiinţa naturală devine fiinţă socială. Acum în evoluţia omului se face saltul trecerii de la stadiul de „fiinţă a pulsiunilor primare" la cel de „fiinţă a normelor valorice". Reprimarea pulsiunilor primare şi ulterior remodelarea acestora (nevoi, pulsiuni, trebuinţe etc.) în formele sublimate ale valorilor socioculturale şi moral-spirituale va avea un efect direct, profund şi continuu asupra formării sau mai exact a „civilizării" persoanei. Interiorizarea sistemului de norme şi valori ale modelului sociocultural impus de „viaţa în cetate" va reprezenta un complex de „interdicţii" normative cu caracter de frustrări în plan sufletesc. Acestea vor opera schimbări importante în sfera sănătăţii mintale, dar în egală măsură vor configura condiţiile apariţiei bolilor psihice. Interdicţiile şi normele de conduită, comunicare, activitate etc. vor construi nu numai „modele de gândire", de „acţiune", de „comportament", de „comunicare". Ele vor viza, în totalitatea lor, capacitatea de „adaptare/integrare" a persoanei în sistemul complex al vieţii în comunităţile din cetate.

Sănătatea mintală şi boala psihică vor oscila permanent între nevoia de satisfacere pulsională (resimţită ca „libertate individuală") şi interdicţiile impuse de normele de viaţă socială (resimţite ca „obligaţii" şi „datorii"). Membrii societăţii se simt în egală măsură protejaţi de „sistemul social", dar şi constrânşi de obligativitatea „datoriilor social-morale". Echilibrul dintre „drepturi" şi „datorii" se va reflecta în sfera conştiinţei morale, pe plan sufletesc, şi în adaptarea socială, pe plan sociocultural şi comportamental-comunicaţional.

Acordul dintre „normele" modelului sociocultural al cetăţii şi „nevoile" persoanei va duce la adaptarea socială a acesteia, având ca efect starea de sănătate mintală, reprezentată prin echilibrul interior şi exterior. Dezacordul dintre „normele" modelului sociocultural al cetăţii şi „nevoile" persoanei va genera conflicte, stări de tensiune, conduite aberante, antisociale sau de refugiu, dificultăţi de comunicare, ducând în final la inadaptarea sau la dezadaptarea socială a acesteia şi având ca efect apariţia bolilor psihice.

Aceste aspecte se pot urmări, din punct de vedere dinamic, în trei etape succesive ale istoriei evoluţiei umanităţii: 1) *etapa vieţii în natură*; 2) *etapa intermediară, a trecerii de la viaţa în natură la viaţa în cetate*; 3) *etapa vieţii în cetate*. Le vom analiza în continuare pe fiecare dintre acestea, concentrându-ne asupra stării de sănătate mintală şi boală psihică (vezi tabelul de mai jos).


Etapa „Vieții în cetate" (*Polis*). Procesul de personalizare/civilizare a omului – conștiința socială
Cetatea (*Polis*) ca mediu social-uman construit de om după nevoi
Factori de civilizație
Asigură stabilitatea, continuitatea și progresul grupurilor umane
Modele valorice, socio-culturale și moral-religioase, normative
Modul de viață socială, civilizat, conduite sociale, simbolice
Tipul uman civilizat/cetățeanul
Etapa intermediară a trecerii de la „*Physis*" la „*Polis*". Procesul de socializare a omului
Amenajarea mediului fizic după nevoi – protector
Factori naturali protectori, selectați
Asigură nevoile primare, selectiv, organizat
Socializare prin reprimarea instinctelor – conduite de grup
Mod de viață psiho-biologică de tip protector, cooperant
Tipul uman intermediar „Semisălbatic/ Semicivilizat"
Etapa „Vieții în natură" (*Physis*) a speciei umane. Procesul de hominizare a speciei umane
Natura brută/ mediul fizic natural
Factorii naturali în formă primară
Satisfacerea nevoilor primare, imediate
Conduite instinctuale primare
Mod de existență biologic; conduite naturale
Tipul uman natural „Sălbatic"
Factori negativi: carențe, dezastre
Periclitează viața
Factori pozitivi: protectori
Asigură viața

Etapa vieții în natură

Această etapă corespunde stadiului de sălbăticie a speciei umane, în care ea este în mod necondiționat dependentă de factorii naturali ce asigură nevoile primare ale vieții, de ordin imediat. Tipul uman natural este dominat de funcțiile biologice fundamentale, care asigură și menține viața.

Etapa intermediară

Aceasta este reprezentată prin trecerea de la modul de viață în natură (*physis*) la modul de viață în cetate (*polis*). În cursul acestei etape se produce procesul de socializare a omului prin desprinderea treptată de starea de „sălbăticie". Tipul uman intermediar este omul semisălbatic/semicivilizat.

Etapa vieții în cetate

Aceasta este etapa desprinderii totale a omului de mediul natural și a „intrării" sale într-un mediu social-uman artificial, special construit de om după nevoile sale. Locul factorilor naturali este luat de factorii de civilizație, care construiesc un nou tip uman. Are loc procesul de personalizare prin civilizare a „cetățeanului". Apar conștiința, limbajul codificat, activitatea ordonată și diviziunea socială a muncii, statutele, rolurile și ierarhiile sociale. Conduitele sunt normate valoric și supuse unor restricții (tabuuri), ceea ce le conferă un caracter simbolic.

Se poate remarca din cele de mai sus că *evoluția psihosocială* a omului de la *specia umană* (stadiul pur biologic) la *persoana umană* (stadiul pur social) este rezultatul unei îndelungi selecții și evoluții. Dincolo de aceste aspecte, care rezultă și din tabelul de mai sus, se poate desprinde faptul că, o dată cu evoluția globală a omului, pe multiple planuri (biologic, social, cultural) asistăm și la o evoluție gradată a stării de sănătate mintală, aspect de o maximă importanță pentru studiile de igienă mintală.

3. Factorii de sanogeneză

Prin factorii de sanogeneză se înțelege totalitatea factorilor, individuali sau de grup, endogeni sau exogeni în raport cu persoana, precum și a condițiilor circumstanțiale care produc, mențin și promovează evoluția stării de sănătate mintală a individului sau a grupurilor comunitar-umane de indivizi.

Factorii de sanogeneză sunt corelați cu *factorii de protecție* a stării de sănătate mintală, individuală sau de grup. Spre deosebire de factorii (sanogenetici) care produc sănătatea mintală, factorii de protecție sunt cei ce mențin sau favorizează starea de sănătate mintală. S-ar părea că există aici o suprapunere de termeni. Trebuie însă precizat faptul că *factorii de protecție* sunt legați de constituția biopsihică, de temperamentul și tipul caracterial ale individului, de ereditate, de capacitatea acestuia de a asimila noul și de a se adapta la mediul ambiant, fizic și social. *Factorii sanogenetici* sunt în primul rând factori exogeni, care pun în mișcare anumite situații circumstanțiale în producerea stării de sănătate mintală. După cum vom vedea, același lucru se poate spune și în cazul *factorilor morbigenetici* și al *factorilor de risc* ai stării de sănătate mintală.

Caracteristica factorilor sanogenetici este dată de următoarele aspecte: produc şi menţin starea de sănătate mintală; acţionează din exterior asupra individului sau a grupului de indivizi; sunt corelaţi în mecanismul lor de acţiune cu circumstanţele de ordin pozitiv, care favorizează acţiunea sanogenetică a acestora; sunt direct legaţi de condiţiile şi modul de viaţă sociale şi de valorile modelului sociocultural; au valoare formativ-educativă asupra individului.

4. Tipurile de factori sanogenetici

P. Deniker, Th. Lemperière şi J. Guyotat fac o descriere şi o clasificare sistematică a factorilor de sanogeneză, precum şi a circumstanţelor pozitive şi negative privind raportul acestora cu starea de sănătate mintală.

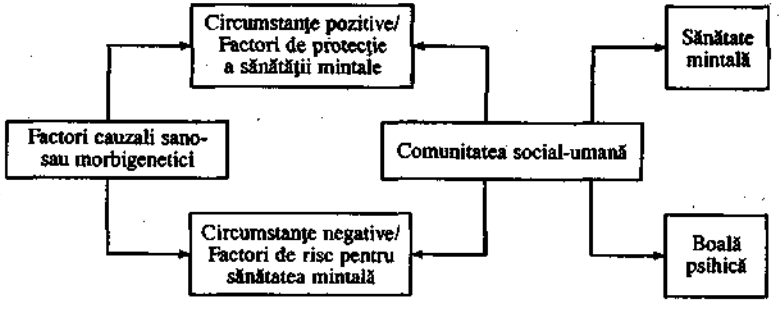
Pentru autorii mai sus citaţi, se disting trei grupe de factori cu valoare sanogenetică, şi anume:

a) *factorii ecologici exogeni*, reprezentaţi prin: factori meteo-climatici; factori demografici; factori de morbiditate;
b) *factorii socioeconomico-culturali exogeni*, reprezentaţi prin: habitat; mediul familial; nivelul cultural, educaţie, tradiţii, valori, religie, învăţământ; factori profesionali; factori economici; factori sociali;
c) *factorii psihologici endogeni*, reprezentaţi prin: constituţie, ereditate, temperament, caracter; comportament; factori patogeni variaţi.

În ceea ce priveşte factorii circumstanţiali, aceiaşi autori menţionează două grupe de circumstanţe, pozitive şi negative:

a) *circumstanţele pozitive* sunt date de: nivelul de trai crescut; acţiunile profesionale conforme cu aptitudinile; alternarea activităţii profesionale cu distracţiile; alimentaţia raţională; adaptarea pozitivă; grupul familial organizat; cultivarea valorilor sociale şi cultural-morale pozitive;
b) *circumstanţele negative* sunt reprezentate prin: suprasolicitarea profesională; dezorganizarea grupului familial; bolile somatice sau psihice; alcoolism sau toxicomanii diferite; carenţele educaţionale; presiunile sociale; modelele diferite de sistemul tradiţional; incapacitatea de adaptare la nou; stres.

Mecanismele de acţiune a factorilor sanogenetici, precum şi a celor morbigenetici se pot desprinde din schema de mai jos:


Circumstanţe pozitive/ Factori de protecţie a sănătăţii mintale
Sănătate mintală
Factori cauzali sano- sau morbigenetici
Comunitatea social-umană
Circumstanţe negative/ Factori de risc pentru sănătatea mintală
Boală psihică

Capitolul 5

Factorii de morbigeneză psihică

1. Traumatismul psihic

Factorii morbigenetici sunt factori psihotraumatizanţi capabili să ducă, direct sau în raport cu anumite circumstanţe negative, la tulburarea stării de sănătate mintală şi apariţia bolilor psihice. Aceştia pot fi *factori personogenetici* (care ţin direct de individ), *factori demogenetici* (ce ţin de grupul social-uman), *factori ecogenetici* (care ţin de mediul ambiant) şi *factori sociogenetici* (ce ţin de mediul social).

Investigarea factorilor morbigenetici se face prin intermediul metodei epidemiologice psihiatrice, care urmăreşte, pe de o parte, cercetarea clinică a cazurilor de boli psihice dintr-un grup populaţional dat, iar pe de altă parte, investigarea etiologică a factorilor morbigenetici incriminaţi, în cadrul aceluiaşi grup de referinţă.

Cercetarea are ca scop urmărirea nivelului de morbiditate psihiatrică la o populaţie; aceasta se apreciază avându-se în vedere următorii factori: rata de incidenţă a bolilor psihice în grupul populaţionat cercetat; rata de prevalenţă a unei anumite boli psihice în cadrul aceluiaşi grup; riscul de morbiditate, reprezentând probabilitatea ca un individ să prezinte la un moment dat o anumită boală psihică.

În general, se consideră că factorii morbigenetici au semnificaţie de *factori psihotraumatizanţi* sau de *traumatisme psihice*.

Traumatismul psihic este un eveniment neobişnuit, subit şi violent, care se confruntă cu mecanismele de apărare psihică ale individului (mecanismele de apărare ale Eului), dezorganizând echilibrul personalităţii acestuia.

În ceea ce priveşte natura psihotraumatismelor, prezentând un mare polimorfism, acestea pot cuprinde următoarele: agresiuni psihice; accidente fizice; situaţii conflictuale interpersonale; crize de viaţă psihobiologică (pubertate, adolescenţă, menopauză); situaţii de impas sau eşecuri; privarea de libertate (închisoare, prizonierat etc.); utilizarea de substanţe toxice (alcool, droguri etc.); circumstanţe naturale catastrofice (cutremure, incendii, inundaţii, secetă etc.); circumstanţe sociale catastrofice (revoluţii, războaie, migraţii populaţionale, deportări în masă etc.); carenţe educaţionale, frustrări; situaţii familiale negative (dezorganizarea familiei, abandonul etc.); situaţii agresive (violul etc.).

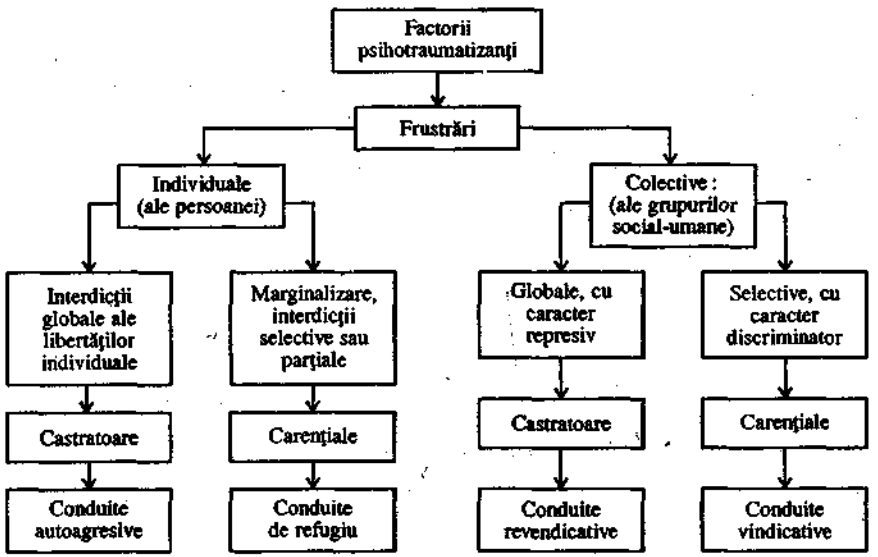
Se poate constata că factorii psihotraumatizanţi au o largă paletă, iar ceea ce constituie caracteristica lor comună este faptul că toţi reprezintă o ameninţare directă la adresa stării de sănătate mintală a individului sau a grupului de indivizi, ducând la apariţia unor tulburări psihice de diferite forme şi niveluri de gravitate.

Victimele violului, ale tentativelor de omor, ale accidentelor de circulaţie sau de muncă, ale catastrofelor, bombardamentelor şi atacurilor militare, ale deportărilor figurează printre cele mai expuse îmbolnăvirii psihice.

Psihotraumatismul este o experienţă sufletească subită şi intensă a unui pericol trăit într-un context de insuficienţă a mijloacelor de apărare, incapabile de a face faţă agresivităţii psihice, şi în absenţa ajutoarelor venite din afară. Surpriza, frica, revelaţia vulnerabilităţii şi sentimentul de neputinţă, de incapacitate de a reacţiona, de a se apăra faţă de ameninţare sunt corelate traumatismului psihic. De regulă, traumatismul psihic nu este reprezentat de un eveniment unic, ci de conjuncţia sau însumarea unor factori situaţionali cu valoare morbigenetică multiplă. În sensul acesta, pot fi descrise mai multe *tipuri* de psihotraumatisme: traumatisme multiple; traumatisme cumulative; traumatisme în lanţ; traumatisme silenţioase.

Pentru a putea înţelege mecanismele de acţiune morbigenetică a psihotraumatismelor, să insistăm asupra semnificaţiei lor. Varietatea, complexitatea, mobilitatea, durata de acţiune şi efectele diferite ce caracterizează factorii psihotraumatizanţi din punct de vedere formal ne pot deruta în interpretarea semnificaţiei şi a efectelor acestora. Indiferent însă de natura acestora, importante sunt efectele lor asupra stării de sănătate mintală, individuală sau colectivă.

În general, *factorii psihotraumatizanţi* reprezintă prin acţiunea lor *frustrări*, atât ale *individului*, cât şi ale *colectivităţilor social-umane*. Să le analizăm în continuare (vezi schema de mai jos):



1. *frustrările individuale* ale persoanei pot avea două aspecte:
   a) interdicţii globale ale libertăţilor individuale, cu efect castrator, ducând la conduite autoagresive;
   b) situaţii de marginalizare, de tipul unor interdicţii parţiale sau selective, cu efecte carenţiale, ducând la conduite patologice de refugiu;
2. *frustrările colective*, ale grupurilor social-umane, pot avea, de asemenea, două aspecte:

   a) frustrări globale, cu caracter represiv şi efect castrator, declanşând conduite revendicative antisociale;
   b) frustrări selective, cu caracter discriminator şi efecte carenţiale, declanşând conduite antisociale de tip vindicativ.

În aceste cazuri, măsurile de psihoigienă urmăresc psihoprofilaxia reacţiilor de inadaptare, fie pe termen lung, fie în situaţiile de criză.

Psihoprofilaxia pe termen lung cuprinde următoarele măsuri: măsuri de educaţie, constând în adeziunea la valorile colective, realizarea datoriilor cetăţeneşti şi sociale, solidaritate, integrare şi apartenenţă la grup; măsuri de informaţie precoce privind riscurile generale şi ale catastrofelor, efectele acestora şi mijloacele de protecţie care se impun a fi adoptate; măsuri de instrucţie şi antrenament, constând în exerciţii de alarmă şi evacuare etc.

Psihoprofilaxia în situaţii critice presupune: reiterarea informaţiei; repetarea exerciţiilor; sistarea cauzei declanşatoare; acordarea de măsuri terapeutice de urgenţă etc.

2. Psihogeneza

Psihogeneza reprezintă problema cauzalităţii psihice a tulburărilor mintale. Specific psihogenezei este faptul că ea apare în cursul „situaţiilor de viaţă" trăite de persoana respectivă. Ea corespunde unor tulburări psihice ale individului legate de o situaţie trăită, în mod conştient sau inconştient, şi nu este determinată în primul rând de influenţa factorilor fizici ai mediului ambiental.

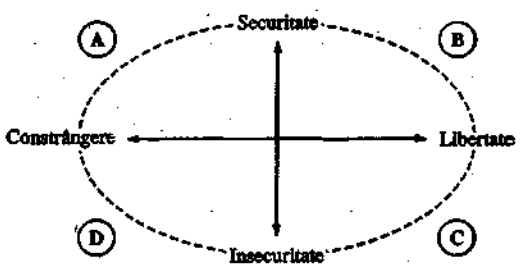
Psihogeneza este mecanismul de îmbolnăvire psihică prin tulburarea factorilor psihici de apărare ai Eului; dar ea este şi mecanismul de prelucrare a factorilor psihotraumatizanţi ai vieţii cotidiene şi absorbţia morbigenetică a acţiunii acestora.

Un rol important în procesul de psihogeneză îl au procesele de „adaptare", „asimilare" şi „acomodare" descrise de J. Piaget, care contribuie la asigurarea stării de homeostazie şi echitimie generală a individului.

Raporturile dintre situaţiile vieţii trăite şi persoană se pot sintetiza în două grupe de variabile:

- securitate-insecuritate;
- constrângere-libertate.

Securitatea reprezintă raportul favorabil al persoanei cu situaţia, cu contextul acesteia, manifestat prin încrederea în sine şi în ceilalţi membri ai grupului.



Constrângerea apare în raport cu situaţiile de impas, obstacolele, stările de presiune socială care se opun libertăţii individuale sau a grupului.

În funcţie de modul de dispunere a acestor parametri, avem de-a face cu patru tipuri de situaţii, care ne amintesc, într-o anumită privinţă, „situaţiile-limită" descrise de K. Jaspers. Acestea sunt următoarele:

A) „constrângere-securitate", în care situaţia e de aşa natură încât nu poate fi evitată, dar este totuşi estimată într-un context securizant, ce permite interiorizarea şi obişnuinţa;
B) „securitate-libertate", ce reprezintă situaţia cea mai protejată, trăită în deplină securitate, care permite o punere la distanţă eventuală, un dozaj al constrângerii şi libertăţii; aceasta este situaţia de „învăţare şcolară";
C) „libertate-insecuritate", în cazul căreia teama se opune interiorizării sau asimilării situaţiilor ce se impun individului în mod absolut;
D) „insecuritate-constrângere", care este situaţia cea mai patogenă, ce prezintă maximul de vulnerabilitate, în cursul căreia adaptarea se dovedeşte a fi extrem de dificilă; imposibilitatea de a se distanţa de contextul insecurizant se va traduce printr-o sensibilizare progresivă, ce se va manifesta prin tulburări psihice sau psihosomatice de tip alergic (urticarie, eczemă, rinită, astm etc.).

Toate aceste situaţii psihotraumatizante contribuie la crearea unei stări de „stres", ca răspuns psihofiziologic la agresiunile violente din exterior (H. Selye).

Consecinţele psihotraumatismului prin stres sunt cuprinse în noţiunea de *victimizare*. Victimizarea este perioada şi starea care succedă impactul cu factorii psihotraumatizanţi (I. Janis). I. Janis acordă o valoare deosebită stării de anxietate din cursul fazei de ameninţare a întâlnirii cu psihotraumatismul, în ceea ce priveşte condiţia de victimizare.

3. Stresul şi viaţa psihică

Stresul reprezintă ansamblul de modificări ce survin într-un organism ca urmare a unei agresiuni traumatice. Aceste modificări constituie un veritabil „şoc", ce permite organismului, până la o anumită limită, să suporte consecinţele fiziologice şi psihice rezultate din acestea (H. Selye).

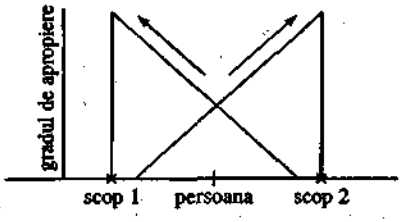
Stresul apare ca un tip de răspuns psihofiziologic al organismului la agresiuni, pericole şi ameninţări. El este o relaţie utilă ce are ca efect punerea organismul în situaţia de alarmă şi de apărare, trezirea atenţiei, stimularea evaluării şi judecăţii, activarea capacităţii de decizie, mobilizând în felul acesta forţele fizice şi psihice de autoapărare.

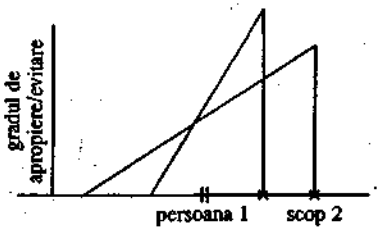
În ceea ce priveşte cauzele stresului, majoritatea autorilor sunt de acord în a le recunoaşte pe următoarele (L.T. Benjamin, J.R. Hopkins, J.R. Nation):

- evenimentele psihotraumatizante;
- evenimentele şi greutăţile vieţii cotidiene;
- conflictele;
- frustrările, carenţele emoţionale, situaţiile castratoare.

Un rol deosebit de important se acordă conflictelor în geneza stresului psihic. În sensul acesta, sunt recunoscute trei tipuri principale de *conflicte*:

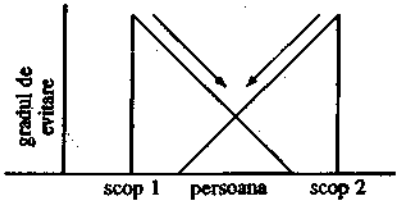
a) *conflictele de „abordare-apropiere"*, când individul este pus în faţa a două alternative cu acelaşi grad de atracţie, fiind obligat să aleagă una din ele;
b) *conflictul de „apropiere-evitare"*, când individul este confruntat cu o singură alternativă, dar care poate avea asupra lui atât urmări negative, cât şi urmări pozitive;
c) *conflictul de „respingere-evitare"*, când individul este confruntat cu două alternative egal de neatractive pentru el.

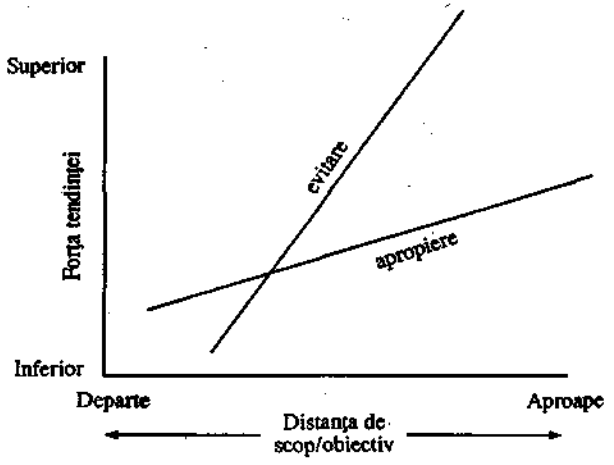




În ceea ce priveşte conflictele, factorul stresant este reprezentat prin distanţa dintre individ şi obiectiv, concretizată, în plan psihologic, în cele două atitudini de „evitare" sau de „atracţie".

Mai sunt menţionate şi alte cauze ale stresului psihic, cum ar fi: frustrările, obstacolele, pierderea resurselor, prejudiciile, pierderea sensurilor, lipsa de prevedere, lipsa de control etc.





În general, atunci când se vorbeşte de stresul psihic se face asocierea acestuia cu viaţa emoţional-afectivă. În sensul acesta, un rol deosebit îl au schimbările care pot surveni în viaţa individului, după cum urmează: moartea unor persoane apropiate; separarea, divorţul; accidentele, bolile; problemele legate de dificultăţi sexuale; ruina economică; schimbarea profesională; intrarea la şcoală; conflictele profesionale; tulburările de somn; conflictele religioase; schimbările de domiciliu; conflictele nerezolvate de orice fel.

Evenimentul stresant descris de H. Selye corespunde cu ceea ce S. Freud a numit *traumatism psihic*, având în acest de-al doilea caz un cadru mult mai extins decât cel pe care i-l atribuie H. Selye. Agresiunea, în cazul stresului, se poate produce la mai multe niveluri şi, de regulă, este considerată ca având o origine pur exterioară. Consecinţele traumatismului psihic sunt susceptibile de a induce tulburări foarte diferite, mergând de la simpla stare de *angoasă* până la *criza de panică* propriu-zisă sau chiar la *depersonalizare*.

Dacă stresul este prea intens, prelungit sau repetat, rezervele organismului sunt epuizate. În această situaţie apar depresii, stări de imobilitate stuporoasă, fugă şi panică. Tabloul clinic, în acest caz, depinde de următorii factori: profilul clinic al bolnavului; antecedentele sale psihologice; personalitatea premorbidă; predispoziţia patologică.

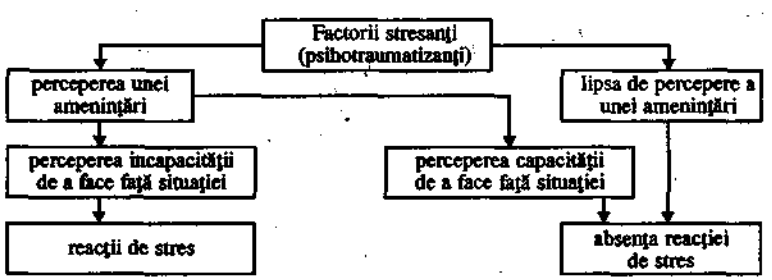
Deosebit de importantă în cadrul acestui proces este dubla potenţialitate de reacţie a Eului, manifestată prin faptul că:

- Eul recunoaşte traumatismul pe loc, ca aparţinând unei experienţe trăite anterior;
- Eul se simte bruscat de evenimentul care n-a fost precedat de o acţiune preparatorie, fapt ce face să nu-l poată reprezenta într-un scenariu fantastic cu o încărcătură emoţională indusă.

Psihanaliza consideră că există o relaţie ânsă între acţiunea traumatismului psihic şi starea de angoasă. Angoasa este legată de aşteptare, putând ca, în cazul prelungirii sale, să devină, la rândul ei, un veritabil potenţial psihotraumatizant.

Vulnerabilitatea la acţiunea stresului cuprinde prin urmare şi starea fizică, dar şi cea psihică a individului, în momentul întâlnirii cu factorii psihotraumatizanţi. Un rol deosebit, favorizant în acest sens, au următorii factori: oboseala; tulburările de somn; subnutriţia; moralul scăzut, dispoziţia emoţională de tip depresiv; conflictele personale.

R. Lazarus a elaborat un model psihologic al mecanismului de acţiune a stresului, reprezentat în schema de mai jos:


Factorii stresanţi (psihotraumatizanţi)
percepera unei ameninţări
lipsa de percepere a unei ameninţări
perceperea incapacităţii de a face faţă situaţiei
perceperea capacităţii de a face faţă situaţiei
reacţii de stres
absenţa reacţiei de stres

Întrucât în cazul stresului psihic factorul patogen esenţial care dezorganizează întregul sistem al personalităţii este *angoasa*, vom insista mai mult asupra acesteia.

Anxietatea sau angoasa este considerată a fi o emoţie normală ce survine în situaţii noi, ostile sau care produc teamă (M. Bourgeois). Aceasta diferă de *teama* propriu-zisă, *angoasa* fiind teama fără obiect, pe când teama are un obiect precis care o declanşează şi întreţine. Angoasa devine patologică atunci când este prea intensă, putând merge până la teroare. Ea produce o dezorganizare generală a personalităţii, în ceea ce priveşte regimul emoţional-afectiv, activitatea, comportamentul, neputând totuşi să fie legată de nici un eveniment extern sau de o motivaţie internă (I.M. Nestor, J. Favez-Boutonier).

Există mai multe tipuri de angoasă:

a) *angoasa patologică* sau nevroza de angoasă este o stare nevrotică la care recunoaştem următoarele: o stare de anxietate cronică, constituţională, specifică personalităţilor anxioase; crize de angoasă acută, sub formă de episoade paroxistice survenind pe un fond de „angoasă flotantă"; D. Klein distinge două tipuri de anxietate patologică: tulburarea de panică, o tulburare mintală şi emoţională cu apariţie inopinată; atacurile de panică, reprezentate prin episoade repetate de crize de panică;
b) *anxietatea cronică generalizată* este o stare psihopatologică, cvasipermanentă, cu implicaţii profunde asupra personalităţii şi comportamentului individului; în acest caz, vulnerabilitatea persoanelor la stările de stres este deosebit de crescută.

4. Personalitatea şi evenimentele vieţii trăite

Aşa cum se poate desprinde din cele de mai sus, există o relaţie directă între starea de *vulnerabilitate* şi *predispoziţia* personalităţii la acţiunea factorilor psihotraumatizanţi ai vieţii cotidiene. Cele mai expuse sunt personalităţile cu o constituţie de tip hiperemotiv şi cele anxioase, cu trăsături fobic-obsesive.

Psihotraumatismele declanşează două tipuri de *reacţii*:

a) *reacţii individuale*, de tip nevrotic sau psihotic, precum: reacţii adaptative la stres; reacţii de stres depăşit; reacţii de stres diferit; reacţii nevrotice durabile, de următoarele tipuri:
   - reacţii anxioase;
   - reacţii fobice;
   - reacţii isterice;
   - reacţii psihotice;
b) *reacţii colective*, de tipul comportamentelor colective de panică: comportamente colective adaptate; comportamente colective inadaptate; reacţii emoţional-inhibitor--stupuroase; panică.

Rezultă de aici că factorii psihotraumatizanţi ai vieţii trăite acţionează direct şi global asupra sistemului personalităţii, producând o dezorganizare generală a acesteia. Cel mai mult este resimţit acest proces în direcţia stării de conştiinţă şi a vieţii emoţional-afective, cu consecinţe importante asupra adaptării la realitate, la mediu, la viaţa cotidiană.

5. Factorii morbigenetici

Aşa cum se poate desprinde din cele expuse până acum, bolile psihice au o etiologie complexă, multifactorială, reprezentată prin: leziuni organice cerebrale, care generează sindromul psihoorganic cerebral; stări confuzionale cu o etiologie multiplă: toxice, traumatice, tumorale, infecţioase, metabolice, medicamentoase, emoţional-afective; demenţe provocate de leziuni organice cerebrale; arterioscleroză cerebrală (ASC); alcoolism şi toxicomanii; efectele secundare ale medicamentelor neuroleptice.

Factorii cu risc morbigenetic pentru starea de sănătate mintală pot acţiona în diferite perioade ale existenţei individului şi se grupează în trei categorii: *factori concomitenţi*, *factori precipitanţi* şi *factori predispozanţi*.

1. *Factorii concomitenţi* sunt reprezentaţi prin următoarele:
   a) *sex*: s-a constatat că femeile sunt mai predispuse la nevroze şi stări depresive, pe când bărbaţii sunt mai predispuşi la sociopatii, alcoolism şi suicid;
   b) *starea civilă*: persoanele căsătorite prezintă o frecvenţă scăzută a bolilor psihice; o frecvenţă crescută a bolilor psihice este înregistrată la persoanele divorţate, separate şi la celibatari;
   c) *locul de reşedinţă*: s-a observat că mediul rural este mai tolerant în ceea ce priveşte bolile psihice, pe când în mediul urban frecvenţa acestora este considerabil mai mare;
   d) *clasa socială*: cele mai vulnerabile sunt grupele sociale defavorizate, pe când cele cu statut socioeconomic ridicat au un grad crescut de protecţie.
2. *Factorii precipitanţi* sunt legaţi de modul de reacţie a individului faţă de evenimentele vieţii cotidiene sau trăite anterior.
   Pentru K. Jaspers, orice reacţie la evenimentele vieţii este caracterizată prin trei aspecte cu valoare de regulă: raportul temporal strâns între o circumstanţă declanşatoare şi cauza sa; existenţa unei relaţii comprehensibile între conţinutul stării reacţionale şi cauza care a produs-o; încetarea stării reacţionale în momentul în care dispare cauza acesteia.
   În grupa factorilor precipitanţi intră evenimentele stresante: războaie; migraţii de populaţie; condiţii grele de muncă; catastrofe naturale; operaţii chirurgicale etc.
3. *Factorii predispozanţi* sunt reprezentaţi prin: factori genetici, în special familiile cu bolnavi psihic; factori de mediu din copilărie; factori biologici şi ecologici.

6. Profilaxia

Dacă în cazul factorilor de sanogeneză se urmăreşte instituirea unor măsuri de protecţie a stării de sănătate mintală, în cazul factorilor morbigenetici se adoptă măsuri speciale de psihoprofilaxie, în vederea prevenirii şi combaterii acţiunii factorilor morbigenetici asupra stării de sănătate mintală.

Capitolul 6

Comunicare şi alienare

1. Cadrul problemei

Comunicarea reprezintă un domeniu al vieţii individului şi a grupului comunitar de o importanţă majoră în procesul de „adaptare-integrare" psihosocioculturală, contribuind la edificarea stării de sănătate mintală.

Comunicarea reprezintă, în primul rând, schimbul de informaţii dintre indivizi, dar ea nu se limitează numai la asta. Comunicarea este actul sau, mai exact spus, suita de acte prin care se realizează o întreagă gamă de interrelaţii de reciprocitate între indivizii grupului social-uman, de o mare şi polimorfă complexitate. Faptul de „a vehicula informaţii" reprezintă aspectul formal, instrumental-extern al procesului de comunicare. În ceea ce priveşte funcţiile şi semnificaţia sa, comunicarea interpersonală presupune următoarele aspecte:

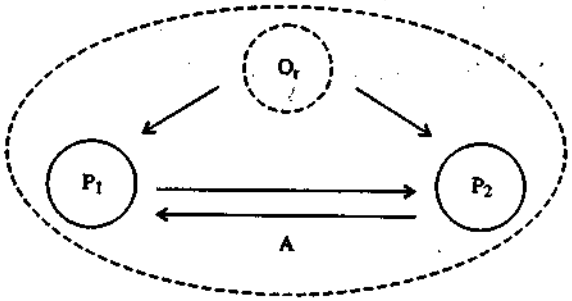
a) schimbul reciproc de „mesaje informaţionale" sub forma unui „sistem de semne" codificate, recunoscute, admise şi utilizate ca atare de toţi membrii grupului social-uman, ca „limbaje";
b) exprimarea relaţiilor interumane printr-un schimb reciproc de „stări emoţional-afective" (bucurie, teamă, entuziasm, panică, optimism, îngrijorare, acceptare, refuz, adeziune, revoltă etc.) în interiorul grupului social-uman;
c) tranzacţiile reciproce între indivizi sau grupuri de persoane, privind anumite opinii, idei, interese, acţiuni comune, în scopul realizării unui consens de acţiune sau de rezolvare a unor situaţii de dezacord etc.;
d) comunicarea interpersonală în cursul realizării sau al desfăşurării unor acţiuni comune, colective, indiferent de natura lor şi de scopul urmărit (activitate profesională, şcolar-educativă, expediţii, cercetare ştiinţifică, acţiuni militare etc.);
e) comunicarea ca formă de transmitere a unor sisteme de valori, modele cultural-morale sau spiritual-religioase, între indivizi sau unui grup populaţional.

Separat de funcţiile de mai sus, reprezentând un „sistem de schimb informaţional interpersonal", comunicarea mai are şi un alt gen de funcţii, prin care îşi afirmă dimensiunea sa ontologică, raportată la existenţa persoanei. Faptul de „a fi" atât al individului, cât şi al grupului uman se manifestă şi în sfera comunicării, în asemenea măsură încât putem afirma că *a comunica* este una dintre formele prin care se realizează şi este obiectivată comunicarea ca modalitate de existenţă specific umană atât a persoanei, cât şi a grupului social. Aceste aspecte ontologice se manifestă în cazul comunicării în mai multe „registre", după cum urmează:

a) *dimensiunea sufletească*, reprezentată prin faptul de „a-fi-cu-celălalt/ceilalţi" a individului, prin intermediul coprezenţei şi al comunicării interpersonale, prin relaţiile emoţional-afective date de faptul de „a-fi-împreună";
b) *dimensiunea socială* a persoanei, faptul de „a-fi-în-Lume", care presupune o relaţie de comunicare între indivizi, o cooperare etc.;
c) *dimensiunea morală*, care exprimă conţinutul naturii valorice a comunicării interpersonale dată de faptul de „a-fi-cu-şi-pentru-celălalt/ceilalţi"; aceasta este o coprezenţă şi o comunicare a faptului de „a-fi-împreună", o re-unire ontologică constituită şi întreţinută de un sistem de valori;
d) *dimensiunea juridică* sau latura existenţei care reglementează raporturile şi modalitatea de cooperare/comunicare interpersonală dintre indivizi în cadrul sistemului social; comunicarea, ca formă specializată a relaţiilor interumane, este normată de *legi* şi urmăreşte stabilirea unor „cadre de viaţă socială" ce promovează *drepturile* şi *datoriile* individuale şi de grup ale persoanelor; comunicarea trebuie, în cazul acesta, pe de o parte să respecte drepturile fiecăruia, iar pe de altă parte să apere şi să promoveze interesele fiecăruia.

Dincolo de aspectele sale de factură „instrumentală", considerată ca „schimb de mesaje", comunicarea este, în esenţa ei, o „acţiune psihologică". *A comunica* înseamnă „a-fi-împreună-cu-celălalt/ceilalţi". Acest act de „punere-la-un-loc" face ca procesul de comunicare să construiască o „atmosferă" sau un anumit gen special de „ambianţă interpersonală". Ambianţa comunicării presupune, dincolo de „interpersonalitate", o anumită atitudine selectivă de „preferinţă interpersonală", de atracţie simpatetică între persoane în cursul comunicării sau de respingere antipatetică, de refuz sau chiar de închidere, de sistare a comunicării în situaţii contrarii, aşa cum vom vedea mai departe.

Reţinem însă din cele de mai sus faptul că orice act de comunicare este nu numai un simplu şi exclusiv „schimb de mesaje", ci şi o anumită „intenţie", care urmăreşte să se obiectiveze într-un „scop" final. Din acest motiv, comunicarea trebuie înţeleasă ca un „scenariu psihologic" ce se desfăşoară între doi sau mai mulţi *indivizi* (P_1 şi P_2), având un „obiect/motiv de referinţă" (O_r) şi desfăşurându-se în cadrul unei „ambianţe/atmosfere" (A) specifice, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos:



2. Formele comunicării

Comunicarea este, după cum am arătat deja, o coprezenţă a două persoane sau a unui individ şi a unui grup social-uman. Fiind o coprezenţă, orice act de comunicare presupune o „apropiere" între cei care comunică. Această apropiere poate fi afectivă, circumstanţială, bazată pe interese comune sau diferite, un simplu schimb de informaţii. Ea poate fi o „comunicare deschisă", sinceră şi la „vedere" sau poate fi o „comunicare închisă", discretă, „acoperită".

În ceea ce priveşte *tipurile* sau *formele de comunicare*, avem în vedere următoarele aspecte:

a) comunicarea bazată pe *încrederea reciprocă*, ce apropie persoanele printr-o relaţie de deschidere, sinceritate şi cooperare într-un cadru interpersonal;
b) comunicarea bazată pe *neîncredere*, care creează tensiuni, rezerve, îndoieli în relaţia interpersonală dintre cei doi parteneri, putând duce la răceală, ostilitate, conflicte;
c) comunicarea în *situaţiile de concurenţă*, care poate avea, în cazul unei atitudini de loialitate, un caracter de acceptare morală reciprocă a celor aflaţi în relaţie; prin aceasta se stabileşte un acord ce caută să respecte limitele atribuţiilor (drepturi şi datorii reciproce) ale fiecărui partener în cadrul relaţiei interpersonale;
d) comunicarea în *situaţiile de ostilitate*, ce are particularităţile ei specifice; orice ostilitate presupune o *confruntare*, care este o „coprezenţă a agresivităţii reciproce", directă sau mascată, dar care se realizează prin actul de comunicare, privită însă ca o „relaţie tensională interpersonală"; ea poate avea multiple aspecte, după cum urmează:
   - distanţă şi răceală între parteneri;
   - competiţie, ostilitate, dorinţa fiecăruia de „a-l scoate" pe celălalt, considerat „adversar", din sfera intereselor comune;
   - conflict, ca formă deschis-declarată de comunicare manifestă a ostilităţii, de confruntare interpersonală emoţională, de interese, de opinii etc.;
   - luptă, ca formă de comunicare-confruntare prin violenţă (verbală, fizică etc.) dintre cele două persoane angajate în actul de „confruntare interpersonală";
e) comunicarea reprezintă una dintre formele şi *metodele de manipulare* cele mai importante, prin caracterul ei de „acţiune psihologică" orientată specific în direcţia unui anumit „curent de opinie", „stare de spirit", a unei anumite „atitudini", a unei anumite „atmosfere emoţionale" (panică, tensiune, suspiciune, ură colectivă, aderiune lipsită de critică etc.); prin intermediul comunicării sunt activate „mecanismele de inducţie sugestivă" cu ajutorul cărora se pot manipula masele, grupurile umane izolate, indivizii singulari etc.; în sensul acesta, comunicarea foloseşte ca „instrumente de manipulare" prin persuasiune minciuna, intriga, calomnia, propaganda, reclama, mass-media, TV, radioul, cinematograful, megafestivalurile, concursurile cu premii etc.

3. Izolarea şi însingurarea

Este absolut clar, din ideile de mai sus, că orice act de comunicare are un efect direct şi imediat asupra stării de sănătate mintală şi de boală psihică, atât a individului, cât mai ales a grupurilor social-umane de indivizi.

Efectul sanogenetic, dar şi cel morbigenetic pentru starea de sănătate mintală sunt date în primul rând de „atmosfera" pe care sistemul de comunicare o creează şi întreţine în interiorul unui mediu social. În funcţie de proliferarea sistemelor de comunicare-informare în masă, de diversitatea, complexitatea şi prezenţa lor în viaţa individului, putem aprecia starea de sănătate mintală a grupurilor social-umane, precum şi „riscul morbigenetic" pe care mijloacele de comunicare îl prezintă.

Este absolut de necontestat faptul că „informaţia", prin intermediul mijloacelor de comunicare, a schimbat profund structura şi tipul relaţiilor sociale, viaţa oamenilor. Progresul continuu al mijloacelor de comunicare presupune un efort de „adaptare/asimilare" a tehnicilor aflate într-o continuă şi rapidă schimbare. Acestea au un efect negativ prin faptul că epuizează, prin suprasolicitarea continuă, capacităţile de „asimilare a noului" ca schimbare. În plus, volumul imens şi într-o continuă creştere al informaţiilor face ca indivizii să devină dependenţi de ele.

Toate aceste aspecte noi ale progresului formelor şi tehnicilor de comunicare vor produce mutaţii importante în structura naturii umane. Capacităţile de adaptare/asimilare se vor epuiza. Apar fenomene de oboseală şi chiar, aşa cum vom vedea mai departe, o nouă categorie de tulburări ale stării de sănătate mintală.

În ce constau aceste schimbări ale societăţii şi ale vieţii oamenilor, legate de progresele şi proliferarea vertiginoasă ale formelor moderne de comunicare? Putem nota, în sensul acesta, următoarele aspecte principale:

a) *criza comunicării*, caracterizată prin deplasarea comunicării interpersonale de la individ la sistemele tehnice de comunicare;
b) tehnica comunicării va formaliza relaţiile interpersonale, reducându-le la schimbul de mesaje, ca tehnică de comunicare impersonală, care va avea ca efect *pierderea legăturilor afective* dintre indivizi;
c) adoptarea unui sistem de „coduri" şi „limbaje" tehnice va duce la *înstrăinarea limbajului personal-uman* ca element creator şi purtător de idei şi emoţii, prin înlocuirea lui cu un „sistem de coduri" cu caracter impersonal, tehnic;
d) toate aceste „mutaţii", care apar ca o consecinţă a progresului tehnicii de comunicare şi al informaticii, vor înlocui treptat umanul, ducând în final la „devalorizarea individului"; se creează rapid o *stare de dependenţă* a omului de tehnica de comunicare, o sărăcire ideativă, emoţională şi creativă.

Toate aceste aspecte noi, care impun un nou „stil de viaţă" dictat de „factorii de progres tehnic", vor duce la *izolarea* individului şi la însingurarea acestuia, cu efecte negative asupra stării de sănătate mintală, creând, astfel, noi forme de „patologie mintală", ca o consecinţă paradoxală a „factorilor de progres" (ce se vor a fi bine intenţionaţi) şi a mutaţiilor pe care aceştia le produc în sfera comunicării, cu efecte negative asupra relaţiilor psihologice şi sociale inferumane.

4. Bolile comunicării

Având în vedere cele expuse anterior, se pune în mod firesc întrebarea dacă putem vorbi despre „boli ale comunicării", ca forme specifice ale alterării stării de sănătate mintală cauzate de schimbările impuse de progresul tehnic în sfera procesului de comunicare interpersonală. Incontestabil că da, iar aceste „boli ale comunicării" reprezintă o temă serioasă, prin importanţa ei, pentru igiena mintală.

Aşa cum arătam mai sus, „tehnologizarea comunicării" implică o „deplasare a comunicării" din planul psihologic-uman în planul tehnic-informaţional. Acest fapt va suprima rapid şi brutal „atmosfera/ambianţa de comunicare", ducând la *izolarea* şi *însingurarea* omului în societatea modernă. Efectul acestora va fi reprezentat de alienarea persoanei, întâi în raport cu societatea, cu ceilalţi, şi în final cu sine însăşi.

Bolile comunicării nu trebuie privite şi înţelese din acelaşi punct de vedere ca suferinţele din sfera patologiei medicale sau psihiatrice. Ele nu sunt nici suferinţe pe care le putem raporta la „factorii de stres" sau la alte forme de „psihotraumatisme". Sunt „boli ale civilizaţiei" cauzate de „factorii de progres/schimbare", care presupun un dublu efort, al individului şi al grupurilor sociale. Pe de o parte, asimilarea rapidă a „factorilor de progres", pe de altă parte, „schimbarea stilului de viaţă" (conduite, reacţii, sensibilitate, mod de gândire etc.) şi în cele din urmă adaptarea la succesiunea rapidă a acestor schimbări.

Această rapiditate a schimbărilor transformă viaţa într-o cursă care epuizează resursele şi sfârşeşte prin a izola şi goli emoţional şi ideativ omul. Acesta devine, prin dependenţa sa de mijloacele de comunicare şi stilul de viaţă, dependent de „valorile civilizaţiei materiale". Dar aceste „valori" supuse „legii progresului" se schimbă permanent şi nu oferă stabilitate. Apar deci „bolile comunicării", care, deşi aparent îi oferă omului largi posibilităţi de a comunica, îl depersonalizează. *Depersonalizarea* şi *regresiunea* sunt cauzele cele mai serioase ale bolilor comunicării. Acestea pot lua forme diferite, aşa cum se poate vedea mai jos:

a) *izolarea* este o rupere a persoanei de ceilalţi şi de realitatea lumii, o stare de închidere în sine, care iniţial are semnificaţia unei conduite de refugiu, dar care, de fapt, îi este impusă individului;
b) *angoasa* apare ca un sentiment de nelinişte, de nesiguranţă, dat de incapacitatea de a mai putea înţelege şi accepta o lume în schimbare, cu caracter absurd, de care omul se simte înstrăinat, dar în care este totuşi obligat să trăiască, deşi nu o poate nici înţelege şi nici accepta;
c) *disperarea* este pierderea orizontică a perspectivei viitorului; un sentiment sufletesc şi moral care „închide" persoana, dându-i impresia lipsei de valoare atât pentru sine, cât şi pentru propria viaţă;
d) *depresia* este o stare de prăbuşire interioară, o epuizare emoţional-afectivă, o încremenire dată de sentimentul propriei inutilităţi; incapacitatea de a mai acţiona, sentimentul de a fi închis; lipsa de perspectivă care anulează orice motivaţie de a mai fi sau de a mai face ceva util;
e) *suicidul* este forma ultimă, extremă, de cea mai severă gravitate, a înstrăinării şi epuizării interioare prin alienarea comunicării şi a relaţiilor interumane ale individului

în societatea modernă; în acest caz, individul, complet depersonalizat, pierde sensul şi raţiunea de a mai trăi; moartea apare ca o „soluţie de evadare" dintr-o realitate în care el se simte străin, pe care nu o poate înţelege şi în care nu mai poate trăi.

Formele de alterare a stării de sănătate mintală ca o consecinţă a alienării individului prin tehnica modernă de comunicare nu trebuie privite, aşa cum spuneam, din punct de vedere similar cu tulburările psihiatrice. Ele sunt consecinţele „alienării sociale" a persoanei. Un conflict extern interiorizat sub forma absurdului vieţii şi a depersonalizării individului.

Omul modern, format după „modelul cibernetic" al comunicării, va avea un stil de gândire, o sensibilitate şi conduite diferite. El va fi „omul postmodern", tipul schizoid, rece, calculat, riguros, pragmatic, impersonal, dar eficient, modelat în scopul realizării unor performanţe precise. Va fi „tipul uman programat", care va deplasa automatizarea tehnică în planul formării omului. Rezultatul va fi „tipul robotizat" al umanului. Dar va mai exista *Om*?

Istoria nu poate fi oprită şi nici schimbată. Evoluţia are legile ei pe care le urmează inexorabil. Descoperirile şi progresul ştiinţific vor aduce schimbări profunde în umanitate. Ele vor modifica faţa lumii, dar vor schimba şi omul. Este incontestabil faptul că această „criză a dezvoltării" va atinge un punct de stabilitate, moment în care toate vor reintra într-o ordine. Noul model de mâine al lumii şi al omului nu poate fi nici cunoscut şi nici măcar intuit. Dar el trebuie pregătit. În privinţa aceasta se impun anumite măsuri de igienă mintală.

5. Măsuri de igienă mintală

Măsurile de igienă mintală, care se impun în aceste situaţii de schimbare, trebuie să aibă în primul rând caracterul unor *forme de educaţie şi învăţare*, raportate la mijloacele moderne de comunicare. Deprinderea utilizării tehnicii de comunicare trebuie să se desfăşoare în paralel cu metodele clasice de formare a personalităţii. Din acest motiv, prezenţa „modelului uman" alături de „mijloacele tehnice" moderne este absolut esenţială.

Întrucât, în esenţa sa, igiena mintală este o „paideia a sănătăţii", e necesar ca toate conduitele umane să fie formate în concordanţă cu „modelul de personalitate", pentru a corespunde cerinţelor viitoare ale individului. Mijloacele tehnicii moderne de comunicare îi oferă mari facilităţi individului, dar, aşa cum am mai spus, sfârşesc prin a-l subordona lor. Are loc un proces de regresiune, o depersonalizare, având ca rezultat dependenţa omului de calculator. Aceste aspecte trebuie prevenite şi combătute atunci când se manifestă.

Prima grijă constă în concentrarea eforturilor de „formare a personalităţii tinerilor" şi ulterior „introducerea acestora în tehnica modernă de comunicare".

Formarea personalităţii din punctul de vedere al igienei mintale trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte:

a) existenţa unui model uman pozitiv, pe care individul să-l imite şi să-l interiorizeze, văzând în el o valoare cu care tinde să se identifice;
b) modelul uman trebuie să exercite o influenţă activă, stimulantă, asupra individului în formare;

c) acţiunea modelului uman trebuie să fie centrată pe formarea identităţii tânărului, oferindu-i acestuia un model de sensibilitate, de gândire şi comportament;
d) trebuie construite valorile sufleteşti şi morale de adevăr, bine şi frumos, pe care tinerii trebuie să le interiorizeze şi să le preţuiască, dincolo de aspectele formale ale vieţii cotidiene, ca esenţă a omului şi a vieţii acestuia;
e) trebuie educat spiritul de independenţă, de libertate de alegere şi decizie, de creativitate.

Un aspect deosebit de important care este corelat *formării personalităţii* îl reprezintă *formarea atitudinii critice faţă de influenţele negative ale manipulării prin mass-media.* Acest aspect esenţial, cu efecte negative serioase, depinde de formarea morală şi intelectuală a individului, care trebuie să facă distincţia între „valorile culturale şi morale" şi „nonvalorile unei subculturi" având rol negativ, destructurant pentru individ. Educarea spiritului critic este absolut necesară în această privinţă. Individul trebuie să fie cel care „alege" şi „hotărăşte" ceea ce are valoare. De acest *spirit critic* va depinde în final însăşi starea de sănătate mintală a individului şi, prin generalizare, a întregii comunităţi social-umane.

Un ultim aspect îl reprezintă *procesul de învăţare a utilizării tehnicii de comunicare modernă.* Aceasta credem că trebuie să vină însă după formarea personalităţii, şi nu înaintea ei. Tehnica de comunicare trebuie să reprezinte un auxiliar, un instrument al persoanei, şi nu un „univers artificial" în care aceasta să sfârşească prin a se autodizolva. Tehnica de comunicare, sub toate aspectele sale, trebuie să „introducă individul" într-un „univers informaţional" pe care acesta să-l folosească selectiv în interesul propriu şi conform cu nevoile sale, fără a se lăsa sedus de el.

În condiţiile *lumii moderne* şi mai ales *postmoderne*, atenţia acţiunii de igienă mintală trebuie centrată pe „formarea personalităţii" şi a identităţii individului, pe libertatea sa interioară de a lua decizii, pe dezvoltarea creativităţii şi a originalităţii în conduite şi modul de gândire al persoanei.

Capitolul 7

Adaptare şi conflict

1. Adaptarea

Raporturile persoanei cu ceilalţi sau cu lumea sunt esenţiale, iar de natura şi modalitatea lor de realizare depind într-o măsură considerabilă echilibrul sufletesc intern al individului, precum şi acordul extern al acestuia cu lumea. În ambele situaţii vorbim de *adaptare*.

Adaptarea este rezultatul raportului individului cu lumea. Ea se prezintă sub două aspecte:

1. *raporturile de concurenţă şi competiţie*, care presupun o confruntare a individului cu ceilalţi, dorinţa de „a-şi găsi un loc" printre ceilalţi, de „a fi precum ceilalţi", de „a-i depăşi pe ceilalţi"; aceasta reprezintă o acţiune de tip deschis, ce promovează progresul şi schimbarea prin depăşirea situaţiilor existente; se urmăreşte instituirea unor raporturi interpersonale noi şi avantajoase; astfel de raporturi caracterizează spiritul liberal;
2. *raporturile de cooperare şi sprijin mutual*, care presupun o apropiere prin asociere şi conlucrare, o atitudine de susţinere reciprocă; aceasta reprezintă o acţiune strict circumscrisă la obiect, de tip închis, care vizează păstrarea unei situaţii sau stări de fapt existente şi considerate ca necesară şi pozitivă din punct de vedere valoric; prin aceasta se urmăreşte stabilitatea şi conservarea; astfel de raporturi caracterizează spiritul conservator.

Cele două tipuri de raporturi interumane nu sunt contradictorii, ci complementare şi ele exprimă cele două direcţii principale de acţiune psihologică, urmărind *adaptarea* individului la lume şi *acordul* acestuia cu celelalte persoane.

Fiecare persoană este o individualitate în sine, care nu se confundă cu altele, dar care nu poate exista decât în relaţie strânsă cu celelalte persoane. Această caracteristică personală implică un echilibru dinamic permanent între două aspecte: procesul de diferenţiere individuală sau *individualizarea* şi amenajarea unui gen de relaţii satisfăcătoare cu celelalte persoane sau *socializarea*.

Ambele aspecte ale acestui mecanism de echilibru desemnează „dinamica personalităţii" şi reprezintă *constanţa* – sau identitatea personală – şi *adaptarea* – sau amenajarea relaţiilor interpersonale.

Constanţa implică faptul că transformările personalităţii se menţin pe o linie constantă graţie unei tendinţe fundamentale de a răspunde la evenimentele trăite, în funcţie de

modelele de comportament şi de modelele elaborate în cursul copilăriei. Constanţa personalităţii se fundamentează pe următoarele: tendinţa spre repetiţie; capacitatea de a organiza lumea şi de a-i da un sens.

Adaptarea este efortul permanent de a răspunde, pe de o parte, la dubla exigenţă a identităţii personale, a constantei interne şi, pe de altă parte, la diferenţierea impusă de obstacolul sau rezistenţa lumii exterioare. Adaptarea se caracterizează drept echilibrul care există între acţiunile organismului asupra mediului şi invers. Adaptarea este deci o dublă mişcare: de *asimilare* (care este un anumit fel de a aborda realitatea exterioară) şi de *acomodare* (care este un anumit fel de a utiliza schemele de comportament anterior elaborate, în raport cu situaţia actuală).

În psihanaliză, adaptarea este considerată un mecanism de apărare al Eului (A. Freud). Atât adaptarea, cât şi apărarea constituie mecanisme de homeostazie, de păstrare a echilibrului personalităţii, şi ele duc la consolidarea şi constanţa Eului.

Reuşita adaptării personalităţii conduce la o „progresiune" a acesteia, pe când eşecul adaptării determină o restrângere a cadrului ei funcţional, o stare de „regresiune".

Procesul complex al adaptării implică un acord al individului cu ceilalţi bazat pe motivaţii interne sau pe interese externe comune. Adaptarea depinde şi de atitudinea de acceptare a persoanei de către ceilalţi sau de către lume, considerată ca mediu social. Aceasta presupune o „atmosferă psihologică" comună, o „ambianţă" de acceptare în care să se „regăsească" în deplin acord toţi indivizii.

Orice adaptare obligă persoana la „a-fi-ca-şi-cu-ceilalţi". La a avea elemente de „identitate comună", care să-i apropie pe indivizi şi să-i facă să se recunoască între ei prin ceva comun. Aceasta reprezintă raportarea la un „model sufletesc" sau „sociocultural" comun, în care toţi să se considere ca aparţinându-i.

Dificultăţile de adaptare (inadaptare, dezadaptare) sunt aspecte importante, care interesează direct igiena mintală. Cauzele care generează dificultăţile de adaptare se confundă cu factorii de morbigeneză, reprezentaţi de următorii:

a) factori interni, personali: absenţa motivaţiei, dezinteresul, lipsa unui model stimulant, existenţa unor boli psihice grave etc.;
b) factori externi, socioculturali: prezenţa unor persoane străine sau a unui mediu social ostil, prezenţa unor modele străine negative, conflictele şi crizele sociale şi culturale, pierderea valorilor morale, schimbarea mediului de origine etc.

În ceea ce priveşte formele dificultăţilor de adaptare a persoanei, acestea sunt numeroase, dar am preferat să le grupăm în şase categorii principale:

1. *inadaptarea* ca stare de refuz sau de incapacitate de a stabili un acord, o comunicare cu ceilalţi sau cu mediul social, din cauza imposibilităţii de a găsi elemente comune cu acesta;
2. *dezadaptarea* ca stare caracterizată prin refuzul unor raporturi deja existente cu lumea şi ieşirea din mediul în care persoana respectivă a existat şi a funcţionat concordant anterior; această situaţie se datorează fie persoanei, fie unor schimbări survenite în lume, cu care persoana, neputându-le asimila, nu se mai poate pune de acord, dezadaptându-se; această dezadaptare prin ieşirea treptată din lume apare la persoanele în vârstă, la pensionari, la profesioniştii aflaţi în şomaj, dar şi la bolnavii

psihic prezentând tulburări de conştiinţă şi personalitate, la alcoolici şi toxicomani, precum şi la persoanele cu handicap sever obligate să se retragă din viaţa socială şi din activitatea profesională;

3. *izolarea* impusă sau acceptată voluntar este tot o formă de inadaptare; izolarea e starea de însingurare acceptată de un individ care se retrage din lume, din societate, reducând considerabil, uneori până la completa suprimare, relaţiile sale cu celelalte persoane şi cu mediul social; trebuie să vedem în aceste situaţii fie conduite de refugiu, fie manifestări ale unor tulburări psihice, situaţii nevrotice, complexuale etc.;
4. *supunerea forţată* cu claustrarea individului e tot o formă de conduită care solicită capacităţile de adaptare ale acestuia; adaptarea este extrem de dificilă, întrucât se face împotriva voinţei persoanei respective;
5. *refuzul adaptării*, mai exact al integrării sociale, este specific unor persoane care aparţin unor comunităţi închise (religioase, etnice, grupuri marginale etc.); ele sunt constituite pe baza unor atitudini de autoapărare faţă de pericole fantasmatice şi, din aceste motive, refuzând adaptarea sau integrarea în grupurile majoritare, oamenii se simt protejaţi şi în siguranţă în afara acestora;
6. *dificultatea de integrare* este incapacitatea unei persoane sau a unui grup de indivizi de a se adapta sau integra în grupul majoritar; aveam de-a face de regulă cu situaţii nevrotice, complexuale, cu imposibilitatea de a asimila condiţiile unui „model sociocultural" nou, diferit.

Pentru înţelegea aspectelor legate de procesul de *adaptare*, dar mai ales a formelor de *inadaptare*, să vedem care sunt factorii şi mecanismele ce stau la baza acestora. O analiză atentă a acestor situaţii scoate în evidenţă următorii factori incriminaţi în mecanismele situaţiilor de inadaptare:

a) teama de nou, de schimbare, legată de incapacitatea de a răspunde sau de a face faţă; la baza acesteia se află anumite complexe de inferioritate;
b) individul aparţine unui microgrup cu o mare forţă de coeziune interioară, de care se simte puternic legat şi de care nu se poate separa;
c) forţa modelelor primare, tradiţionale, în care individul s-a format şi trăieşte îl împiedică să accepte un alt tip de situaţie, tot în acest context se înscrie forţa valorilor morale tradiţionale şi a cutumelor de care persoana respectivă nu se poate desprinde;
d) frica de pierdere a identităţii prin înstrăinare; nesiguranţa, suspiciunea, teama de înfrângere, de eşec;
e) teama de schimbare, de necunoscut, de nou; frica de a nu putea răspunde noilor exigenţe care i se vor impune; lipsa de încredere şi nesiguranţa;
f) un anumit tip de personalitate dominată de psihorigiditate şi ostilitate faţă de ceilalţi, de suspiciune, care generează o tendinţă de retragere, de prudenţă exagerată, adesea nejustificată.

2. Conflictul şi competiţia

Orice conflict este o confruntare, o ciocnire între două forţe. El constă într-un obstacol care se opune tendinţelor primare ale persoanei. Pentru N. Mărgineanu, conflictul desemnează o lipsă de colaborare armonioasă între factorii care stau la baza organizării sistemului personalităţii şi de care depinde echilibrul acesteia.

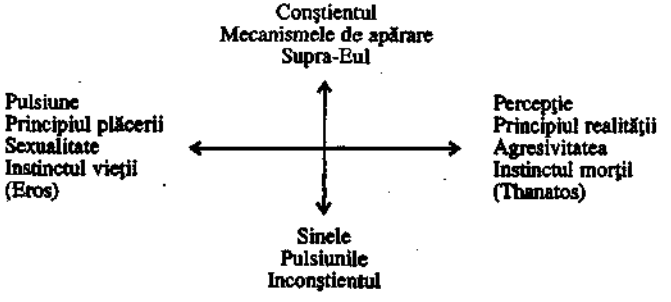
După originea şi modul lor de a acţiona, conflictele sunt de două feluri:

a) *conflicte externe*, cauzate de un obstacol activ exterior persoanei, constând în repetarea situaţiilor frustrante cu care se confruntă aceasta;
b) *conflicte interne*, cauzate de un obstacol activ intern, de tipul conflictelor emoţionale dintre două tendinţe care nu se pot pune de acord sau de tipul conflictelor morale raportate la conştiinţa morală a persoanei.

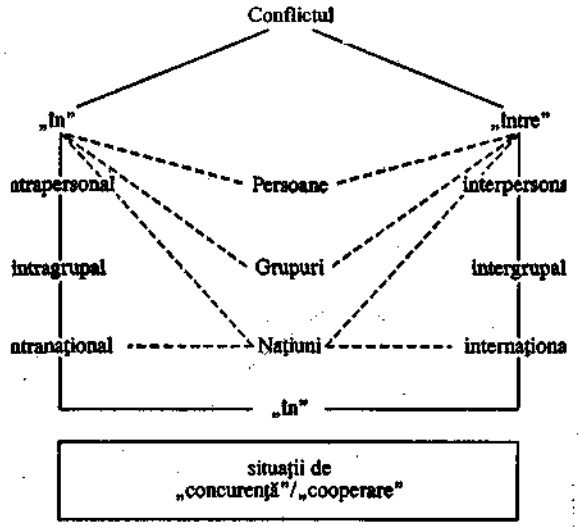
N. Mărgineanu distinge, după natura lor, următoarele tipuri de conflicte:

a) *conflicte psihologice*, care constau în ciocnirea dintre diferitele forţe sau elemente dinamice ale sistemului personalităţii şi care stau la baza activităţilor şi conduitelor umane, înnăscute sau dobândite;
b) *conflicte biologice*, care sunt, de fapt, disfuncţii somato-fiziologice (discrazii, distonii neurovegetative, tulburări psihosomatice etc.), care pot genera afecţiuni sau stări de dezechilibru ale persoanei;
c) *conflicte psihosociale*, referitoare la relaţiile individului şi comunicarea cu lumea, probleme de adaptare/integrare, acord emoţional etc. În această grupă intră următoarele forme de conflicte: conflicte familiale, de adaptare şcolară, profesionale, moral-religioase, politice, economice, culturale;
d) *conflicte de evoluţie*, în raport cu etapa de evoluţie psihobiologică a individului, statutul şi rolul social al acestuia, lupta pentru adaptare/integrare socială etc.; una dintre aceste forme de confruntare este conflictul dintre generaţii.

Conflictul apare ca o „atitudine", dar ca şi un „mod de reacţie" legat de tipul de organizare a persoanei, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos (Pangratz):



Conflictul apare în confruntarea dintre situaţiile de *concurenţă* şi cele de *cooperare*. El se desfăşoară între *persoane*, *grupuri sociale* sau *noţiuni*, după cum se poate vedea în schema de mai jos (Deutsch):



Conflictul implică o confruntare cu o dublă polaritate:

- interioară, „în" sau „intra";
- exterioară, „între" sau „inter".

Orice tulburare a stării de echilibru psihic duce la dezadaptarea persoanei, urmată de dezorganizarea comportamentului acesteia. Două elemente tulbură echilibrul psihic şi, implicit, starea de sănătate mintală: *frustarea* şi *conflictul*.

Frustrarea este situaţia care se opune realizării unui comportament motivat, prin absenţa obiectului necesar satisfacerii dorinţei sau prezenţa unui obstacol în calea acestui obiect ori prin lipsa mijloacelor de a-l atinge.

Conflictul apare în situaţia în care obstacolul este constituit dintr-o forţă ce vine să se opună tendinţelor primare ale subiectului. Conflictul poate fi de două feluri:

- extern, când voinţa părinţilor sau a educatorilor se opune dorinţei copiilor;
- intern, legat de cenzura conştiinţei morale.

La copil, frustrarea este legată de un obstacol pasiv şi priveşte principiul plăcerii, în raport cu satisfacerea imediată a dorinţei. La adult, conflictul este legat de un obstacol activ, extern, dificil de trecut şi depinde de principiul realităţii, legat de satisfacerea imediată sau în perspectivă a tendinţelor sau a aspiraţiilor sale. Conflictul legat de un obstacol afectiv intern este un conflict emoţional. El are la bază o stare de angoasă, care duce la nevroze. Conflictul legat de un obstacol relaţional extern este un conflict de competiţie şi conduce la declanşarea instinctului combativ şi a manifestărilor agresive.

3. Reacţia şi patologia reactivă

Reacţia este un termen apărut tardiv, care desemnează conceptul de *acţiune reciprocă*, atunci când individul acţionează la rândul său asupra agentului cauzal.

În cazul *reacţiei*, avem de-a face cu un cuplu sau cu o „pereche compensată", formată din *acţiune* şi *reacţiune*, în care cel de-al doilea termen nu face decât să-l dubleze pe primul, desemnând în felul acesta reciprocitatea sau mişcarea inversă. Reacţia este întotdeauna secundară acţiunii. Ea este „o altă acţiune", egală cu cea care a produs-o. În acest sens, Buffon spunea că „acţiunea este cauza şi reacţiunea este efectul".

Reacţia e direct legată de dinamica proceselor vitale, atât somatice, cât şi psihice, ale individului. Ea este un act de „rezistenţă" şi de „răspuns" la acţiunile exercitate asupra individului, în asemenea măsură încât se poate spune că însăşi „viaţa este ansamblul funcţiilor care rezistă morţii". Prin aceasta, reacţia se identifică cu modul de existenţă a fiinţelor vii.

O importanţă deosebită o are termenul *reacţie* în viaţa psihică. Pe lângă reacţiile fizice, se înregistrează reacţii morale, dependente de sfera vieţii psihice. Acestea din urmă apar în cadrul relaţiei dintre medic şi bolnav, în care „medicul apare ca deţinător de energie şi curaj", inspirându-i bolnavului încredere, ca un prim pas către vindecare. În acest sens, terapeutul poate fi considerat un „maestru al reacţiilor". Această măiestrie şi această forţă morală ale medicului, pe care el le transmite bolnavului, duc la eliberarea miraculoasă a celui de-al doilea, la o „vindecare bruscă", ce face ca „figura medicului să devină aceea a unui *sfânt laic* ce are puteri vindecătoare, ca vechile figuri religioase" (Y. Pelicier).

Prin forţa reacţiilor morale „pot apărea vindecări bruşte sub influenţa unei emoţii vii, care biciuieşte puternic imaginaţia" (Y. Pelicier). Un rol major în această privinţă îl are sugestia. J.M. Charcot vorbea despre „supranatural în terapeutică" şi despre credinţa în miracole, aşa cum se manifestă ea în cazul cultului relicvelor sau al pelerinajelor de la Lourdes.

Reacţia apare deci cu o dublă polaritate: ca răspuns la o cauză cu acţiune agresivă; ca o acţiune de apărare a propriei vieţi, cu caracter de proces curativ.

Începând de la Bichat, se consideră că reacţia este un proces curativ, fie spontan, fie indus de puterea medicului (sugestie, persuasiune). Reacţia morală ajunge ca, în felul acesta, să se identifice cu vindecarea, ce face apel la o emoţie spontană sau provocată.

Acest punct de vedere remaniază un întreg domeniu al patologiei şi, în final, însăşi concepţia medicală, fapt care l-a determinat pe Bernheim să afirme că „boala nu este o ontologie, un lucru străin implantat în organism; starea anormală sau patologică nu este opusă stării normale sau fiziologice. Sănătos sau bolnav, corpul viu ascultă de legile biologiei; elementele, ţesuturile, organele reacţionează şi funcţionează după aceleaşi legi". De aici rezultă că „boala nu este un fapt, un lucru străin", iar „reacţia e manifestarea unei puteri interioare specific vitale", ea apărând mai mult ca un act interior (opus celui din afară) al vieţii (îndreptat împotriva morţii).

Toate acestea fac ca evenimentul patogen, extern să se transforme în „traumatism psihic". Traumatismul psihic loveşte subiectul din afară şi acestuia i se opune reacţia, ca un tip particular de acţiune a subiectului faţă de psihotraumatism. În acest caz, reacţia poate lua două forme, ce apar ca două *direcţii*: *abreacţia*, care este o mişcare, o acţiune

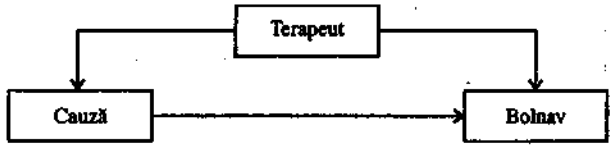
ce pleacă din interiorul subiectului înspre afară, ea reprezentând fie mişcarea unui proces normal, fie un procedeu terapeutic de anulare a acţiunii traumatizante; *retenţia* (refularea sau staza afectivă), care este o acţiune din interiorul subiectului către interiorul său, mişcare sau acţiune ce duce, prin asimilarea sau înglobarea traumatismului, la apariţia unor procese patogene, a unor tulburări sau boli reactive.

O dată cu acestea apare şi conceptul de *boală reactivă*, care se defineşte în felul următor: un răspuns la un traumatism sau la o acţiune exercitată din exteriorul persoanei – ceea ce urmează în caz de eşec sau de abreacţie insuficientă.

În sfera psihiatriei şi a psihoigienei, conceptul de *reacţie* apare în relaţie cu următoarele cupluri antinomice: *exogen/endogen*; *organic/funcţional*; *somatogen/psihogen*.

Reacţia nu este însă, în totalitatea ei, nici un fenomen exogen, nici o producţie în întregime funcţională. Ea este separată, ca individualitate, de cuplurile antinomice enumerate.

Orice reacţie implică o confruntare dramatică între o fiinţă şi realitatea externă. Un „joc cu doi actori", în cadrul căruia este întotdeauna invitat un al „treilea": terapeutul. În felul acesta se stabileşte o configuraţie triunghiulară, reprezentată astfel:



Relaţia „cauză (psihotraumatism) – bolnav" este o relaţie de tip conflictual, pe când relaţia „terapeut-bolnav" este una reparatorie, de restaurare a stării de sănătate, de vindecare.

Noţiunea de *reacţie* în psihiatrie este în cea mai mare parte o creaţie a Şcolii germane de psihiatrie.

K. Bonhoeffer introduce noţiunea de *reacţie exogenă acută*, care regrupează toate stările psihiatrice de origine organică.

K. Jaspers stabileşte trei criterii care definesc şi caracterizează orice *reacţie la un eveniment psihotraumatizant*: orice reacţie are la originea ei o anumită cauză; conţinutul reacţiei se află într-o relaţie inteligibilă cu factorul cauzal; dacă dispare cauza, încetează reacţia.

E. Kretschmer distinge două grupe de reacţii la evenimentele cu caracter psihotraumatizant ale vieţii:

- *reacţii primare*, în care intră: reacţiile explozive (furia, mânia, agresivitatea); reacţiile de scurtcircuit (fuga, deambulaţia); reacţiile isterice şi crepusculare;
- *reacţii ale personalităţii*, legate de experienţa individului, care exprimă relaţia psihică cu lumea exterioară şi constituie un joc de forţe alternative, reprezentate prin: sentimentul de superioritate, ce duce la o experienţă stenică; sentimentul de inferioritate, care duce la o experienţă astenică; sentimentul de închidere în sine, cu izolarea de lumea exterioară, ducând la o atitudine vitală de tip autist.

4. Reacţiile psihice la evenimentele vieţii trăite

Pentru K. Schneider, o reacţie la un eveniment trăit este răspunsul emoţional-afectiv al persoanei la acel eveniment. După cum am arătat mai sus, K. Jaspers este cel care a definit caracteristicile reacţiilor psihice la evenimentele trăite de individ.

Reacţiile ocupă un loc important în patologia psihică, fiind forma cea mai frecventă de afectare a stării de sănătate mintală, fapt care face ca igiena mintală să le acorde o atenţie deosebită. K. Schneider deosebeşte două mari tipuri de reacţii, după cum urmează:

a) *reacţii anormale la evenimentele vieţii trăite exterioare*: depresia reactivă; starea crepusculară reacţională; delirul reacţional;
b) *reacţii conflictuale interne*, legate direct de natura personalităţii: crizele de mânie bruscă, necontrolată şi de nestăpânit; reacţiile de gelozie anormală; reacţiile depresive grave; neîncrederea, îndoiala, care duc la dezvoltări de tip paranoic.

5. Aspectele patice ale vieţii

Aceste aspecte, deşi frecvente, nu sunt clasificate de nosologia psihiatrică. Întrucât tulbură însă adaptarea şi starea de echilibru sufletesc şi au implicaţii directe şi dintre cele mai variate asupra sănătăţii mintale, ele intră în mod obligatoriu în zona preocupărilor psihoigienei.

În privinţa aspectelor patice ale vieţii există opinii diferite. K. Schneider spune că „ele nu trebuie considerate boli" şi în anumite privinţe are perfectă dreptate. E. Minkowski le leagă de „suferinţă", în general, şi tot el este cel care le numeşte „aspectul patic al existenţei", considerându-le nişte „situaţii ontologice" cu un caracter particular, raportate la suferinţă, ca forme ale acesteia.

Elementul axial pe care se construiesc aspectele patice ale vieţii este *suferinţa*. E. Minkowski, consideră suferinţa o „parte integrantă a existenţei umane". Ea este o *stare de rău* cu un caracter particular, care, ca orice rău, trebuie evitată. Cauzele suferinţei pot fi exterioare sau interioare. E. Minkowski afirmă că „poţi traversa viaţa fără să fii niciodată bolnav, dar nu o poţi traversa fără să suferi". La fel, şi H. de Balzac afirmă că „cei care au suferit mult au trăit mult", exprimând prin aceasta faptul că suferinţa este intrinsecă experienţelor umane de viaţă.

Suferinţa se integrează în dinamismul vieţii prin aspectul său afirmativ. Suferinţa nu este o boală, dar orice boală e însoţită de suferinţă. De aici şi diferenţa ce apare între „suferinţă" şi „boală". Suferinţa are în primul rând un sens ontologic, moral şi ţine de planul conştiinţei (M. Scheler, M. Florian). Boala, dimpotrivă, are în primul rând semnificaţia unui accident individual, raportat la spaţialitatea psihică sau somatică a persoanei.

Boala aparţine *patologiei medicale*, pe când *suferinţa* o depăşeşte, deschizând „aspectul patic", dar nepatologic al existenţei, vizând în primul rând dimensiunea moral-umană a vieţii, şi nu individul sau „persoana în stare de boală".

Ocupându-se de aspectele patice ale vieţii, E. Minkowski clasifică aceste stări după cum urmează:

a) *slăbiciuni naturale umane*, care privesc modul de desfăşurare a vieţii interioare: nostalgia, angoasa; reacţiile nevrotice;
b) *reacţii patice*, care sunt reacţii ale vieţii curente: reacţiile preparanoice, în cursul cărora asistăm la o îngustare a planului libertăţii (persecuţiile rasiale, ameninţările, crispările interioare, atitudinea de victimă, nedreptăţirea); crizele anxioase, neliniştea permanentă, îndoielile şi interiorizarea, aşteptarea unui pericol; depresia anxioasă cu inhibiţie şi bradipsihie;
c) *tulburări de imobilizare* în raport cu dinamismul vieţii; viaţa are caracterul unei propulsii către viitor, un sens progresiv şi creator; din acest motiv, aspectele patice ale vieţii apar ca „obstacole", ca forme de „oprire în evoluţie", interesând cele trei dimensiuni ontologice: *a fi*, *a face*, *a avea*. Din asemenea considerente, această grupă de tulburări patice cuprinde următoarele forme:
   - *avariţia*, caracterizată prin rapacitate, aviditate, cupiditate, posesiune, nevoia de a acapara pentru sine, de a păstra; ea reprezintă un ataşament normal pentru „a avea" în sensul strict material;
   - *hipertrofia Eului* se referă la constituţia paranoică şi se manifestă prin egoism, egocentrism, autoerotism, autofilie, narcisism, psihorigiditate, orgoliu nemăsurat, posesiunea egocentrică narcisică; ea reprezintă o afectare a lui „a fi";
   - *competiţia* sau „situaţia-cheie" se caracterizează prin dorinţa de afirmare, de dominare, invidie, ură, gelozie, înclinarea către agresivitate; ea este legată de situaţia ontologică „a face".

Întrucât suferinţa este axa experienţelor patice ale vieţii, punctul de vedere psihiatric trebuie completat cu punctul de vedere moral şi filosofic (M. Scheler, M. Florian, R. Le Senne, C. Enăchescu).

Pentru M. Scheler, suferinţa este o rezonanţă afectivă, o reacţie sau o atitudine emoţională a persoanei în raport cu situaţiile neobişnuite ale vieţii trăite. Ea este o experienţă emoţional-afectivă cu semnificaţie morală.

Suferinţa este resimţită sau, mai exact spus, trăită de individ prin senzaţiile şi sentimentele pe care le declanşează. În sensul acesta, în acord cu M. Scheler, diferenţiem patru grupe de sentimente legate de experienţa suferinţei:

a) sentimentele sau senzaţiile localizate la periferia organismului, manifestate prin durere, plăcere, încântare, mâncărime etc.;
b) sentimentele vitale care aparţin organismului în întregime, şi anume: dezgustul, prospeţimea, senzaţia puternică sau slabă a vieţii, calmul şi tensiunea, angoasa, sentimentul de sănătate sau de boală etc.;
c) sentimentele raportate imediat la Eu, la lumea prezentă;
d) sentimentele spirituale, de tipul celor religioase şi metafizice, care sunt „sentimente de salvare", reprezentate prin: starea de beatitudine sau fericire, disperare, siguranţa sufletească de sine, remuşcări, sentimentul de pace şi seninătate etc.

Capitolul 8

Comunitatea umană şi mediul social

1. Comunitatea umană

Comunitatea umană este grupul social-uman de indivizi, eterogen constituit, care e considerat ca atare prin dispunerea în cadrul sistemului social. Ea nu trebuie confundată sau identificată cu societatea umană, nici cu grupul omogen şi diferenţiat. Comunitatea este o structură socială globală, cu elemente eterogene în compoziţia sa. Ea ocupă un acelaşi spaţiu social, are aceleaşi norme sociale şi funcţii, dar acestea sunt impuse din afara grupului de indivizi, dinspre structurile sociale instituţionalizate.

Comunitatea reuneşte grupuri umane, profesionale, religioase, de interese etc. care se află la un moment dat situate într-un anumit teritoriu şi care depind de o anumită structură socială. Pe aceste considerente, comunitatea apare ca o structură psihosocială complexă, dar neuniformă. Ea are aspecte polivalente, iar ceea ce o menţine, ca factor de coeziune socială, este în primul rând situarea sa teritorială.

Din cele de mai sus rezultă clar că, din punct de vedere social, comunitatea umană are un caracter complex, fapt ce implică probleme serioase legate de starea de sănătate mintală a acestui tip de grupare socială.

Problema comunităţii este destul de discutată în sfera psihologiei şi a sociologiei. Acest aspect ne interesează în mod direct, referitor la problemele speciale care se pun referitor la sănătatea mintală şi boala psihică a comunităţii social-umane şi, legat de acestea, la problema măsurilor de igienă mintală ce se impun.

Comunitatea, deşi aparent ar trebui considerată ca având un caracter omogen, este constituită din elemente sociale diferite, reunite prin aceleaşi interese, activităţi, funcţii sociale şi dispunerea în acelaşi spaţiu ambiental.

Ceea ce este deosebit de important pentru starea de sănătate mintală şi boală psihică a comunităţilor social-umane sunt raporturile interne ale acestor grupări umane, „obligate" să trăiască în acelaşi spaţiu social-uman.

Desigur că, în aceste condiţii dictate de dispunerea social-ambientală, factorii sanogenetici şi cei morbigenetici vor acţiona în mod egal asupra grupului populaţional, dar vor apărea diferenţieri de „risc" legate de substructurile sociale ale comunităţii umane (grupuri etnice, clase sociale, nivel de trai, profesiuni, tipuri de familie, religie, tradiţii culturale etc.).

Indiferent însă de aspectele de diferenţiere substructurală din cadrul comunităţii umane, întreaga comunitate trebuie să se conformeze normelor sociale, care sunt dictate în primul rând de rigorile impuse de structurile sociale ambientale. Ambientul social îi

va obliga pe membrii comunităţii umane să adopte norme şi modele de comportament conforme cu un anumit stil de viaţă, cu o anumită mentalitate şi un mod de trai specific ambientului respectiv. În plus, dat fiind caracterul „artificial", de construcţie umană, al ambientului social, acesta nu va avea un statut durabil. El este permanent supus schimbărilor, unor variaţii impuse de nivelul socioeconomic şi politic, de care vor depinde comportamentul şi mentalitatea indivizilor ce alcătuiesc comunitatea umană.

Schimbările din lume vor fi resimţite direct de membrii comunităţii social-umane, care vor fi obligaţi să ţină pasul cu dinamica socioambientală, cu progresul şi schimbările acesteia. În plus, orice fel de „crize" produse în spaţiul ambiental, indiferent de natura lor, vor fi resimţite sub aceeaşi formă şi cu aceeaşi intensitate de către indivizii care compun comunitatea umană.

Toate acestea sunt elemente deosebit de importante pentru sănătatea mintală şi, pentru că privesc domeniul igienei mintale, trebuie luate în considerare.

O imagine completă privind starea de sănătate mintală a unei populaţii trebuie să aibă în vedere relaţiile acesteia cu mediul ambiental, sub toate aspectele sale.

2. Mediile ambientale umane

Mediul ambiental îşi pune de fiecare dată puternic amprenta asupra comunităţii de indivizi care-l populează. Acest fapt este de o mare importanţă pentru mentalitatea, modul de viaţă şi comportamentul acestei categorii de populaţie.

În general, mediile ambientale au un caracter variat. Ele sunt de două feluri: *stabile* şi *temporare*.

Mediile ambientale stabile corespund societăţilor aşezate istoric într-un anumit teritoriu, cu tradiţiile şi modul de viaţă specifice acestuia. Ele pot fi zone restrânse, cu un tip de economie agrară sau activităţi înrudite, constituind *satele*, sau pot fi zone întinse, în expansiune, urbanizate, cu activităţi polimorfe (industriale, comerciale, de transport etc.), constituind *oraşele*.

Mediile ambientale temporare nu au un caracter stabil; ele se constituie în funcţie de necesităţile economice, industriale, de agrement, sportive, turistice, culturale sau sunt pur şi simplu spaţiile ambientale temporare ale unor grupe populaţionale migratoare.

În plus, se mai poate vorbi de *medii ambientale străine*, în care se aşază grupe populaţionale de emigranţi, muncitori sezonieri sau alte categorii, venite din alte medii în căutare de lucru sau pentru alte motive, sociale, economice sau politice.

O altă categorie o reprezintă *mediile ambientale forţate*, în care sunt obligaţi să convieţuiască unii indivizi, formând o comunitate eterogenă, în circumstanţe sociale deosebite: lagăre de muncă, prizonieri de război, colonii de muncă, colonii de delincvenţi etc. Toate acestea ridică probleme deosebit de serioase şi complexe. Pe lângă aspectele sociale, politice, economice, morale, se pune problema deosebit de importantă a sănătăţii mintale a acestor grupe populaţionale.

Un aspect diferit de cel de mai sus, care exprimă trăsăturile structurale ale acestor tipuri de ambiente sociale, este reprezentat de caracterul lor *dinamic*. În acest sens, distingem următoarele tipuri:

- *structuri ambientale închise*, tradiţionale, aparţinând unei populaţii stabile, aflată în respectivul spaţiu social de secole, cu tradiţii şi un mod de viaţă specifice, cu o mentalitate şi modele de comportament proprii, cu o cultură şi o etică specifice; acestea sunt, de regulă, reprezentate prin spaţiul social al *satului*;
- *structuri ambientale deschise*, în expansiune şi schimbare, la dispoziţia unei populaţii mai mult sau mai puţin stabile, care fluctuează, absorbind permanent noi membri, cu un caracter net eterogen, ale căror mod de viaţă, mentalitate şi relaţii interpersonale sunt dictate de instituţiile social-politice, de structurile economice, de profilul activităţii profesionale, în care marca unui stil de viaţă şi mentalitatea sunt total diferite de cele ale *satului*; aceste medii ambientale sociale sunt reprezentate prin spaţiul social al *oraşului*.

Diferenţa dintre *sat* şi *oraş* nu este numai de tip social, ci şi istoric, economic, politic, cultural şi moral. Satul este un ambient social stabil şi tradiţional. Oraşul este un ambient social în mişcare, instabil. Valorile care guvernează oraşul nu mai sunt de tip tradiţional, ci legate de dinamica socială a progresului sub toate aspectele sale: economic, politic, cultural, moral etc. Din această cauză, atât modul de viaţă, cât şi mentalitatea vor fi profund diferite de la sat la oraş. Aceste aspecte se vor reflecta şi în starea de sănătate mintală şi boală psihică a comunităţilor sociale de tip rural sau de tip urban.

În cazul *satului*, viaţa cotidiană este normată de tradiţii, de factorii morali, de relaţiile de înrudire între membrii comunităţii umane. Interesele, precum şi idealurile sunt comune, iar relaţiile sunt bazate pe încredere şi ajutorare reciprocă. Totul decurge după modele păstrate prin tradiţie, atât în acţiuni, comportamente, cât şi în modul de a gândi. Toate acestea fac ca starea de sănătate mintală să găsească un teren mai stabil, mai favorabil menţinerii sale. De altfel, şi studiile statistice şi de epidemiologie a bolilor psihice scot în evidenţă faptul că în mediul rural factorii de risc pentru sănătatea mintală sunt mult mai reduşi şi diferiţi de cei de la oraş. Ceea ce normează viaţa la sat sunt valorile morale şi tradiţiile locale. Bolile psihice sunt mai rare, ca şi suicidul sau violenţa. Dintre acestea, cele mai frecvente sunt alcoolismul sau tulburările de tipul oligofreniilor şi epilepsia.

În cazul *oraşului*, viaţa cotidiană nu mai aparţine ca mod de planificare individului. Individul se află la dispoziţia societăţii şi nu societatea este cea care depinde de individ. Viaţa cotidiană obligă în mod absolut individul să se conformeze rigorilor ei absolute. Acestea sunt determinate de factorii sociali, politici şi economici. La oraş, individul depinde în totalitate de viaţa citadină, care i se impune. Modul de supravieţuire este legat obligatoriu de integrarea în structurile sociale instituţionalizate, de conformarea la relaţiile sociale, de găsirea celor mai potrivite strategii de activitate socială. Lupta pentru existenţă, competiţia profesională, lupta pentru obţinerea unui statut social, a unui loc de muncă, a unui venit economic corespunzător, a unei locuinţe, lupta pentru a-şi putea menţine sănătatea şi prin aceasta posibilitatea de a fi capabil de o activitate profesională susţinută care să-i asigure resursele de trai, pentru a-şi întemeia şi menţine o familie etc., iată tot atâtea dificultăţi la care este expus individul ce trăieşte în mediul urban, spre deosebire de cel care trăieşte în mediu rural. Pe aceste considerente, starea de sănătate mintală a individului de la oraş este permanent confruntată cu factorii de risc morbigenetic, ceea ce face, conform statisticilor şi studiilor de epidemiologie psihiatrică, să constatăm în acest mediu o mare frecvenţă a bolilor psihice, a alcoolismului şi a toxicomaniilor, nevrozelor, psihopatiilor şi psihozelor, a tulburărilor psihice de involuţie.

Este incontestabil faptul că viaţa la oraş presupune un confort pe care satul nu îl poate oferi, dar acesta artificializea modul de viaţă şi sfârşeşte prin a face individul dependent

de el. În plus, viaţa la oraş este mult mai intensă, mai bogată în factori de suprasolicitare. Lipsind influenţa tradiţiilor, ea este mai puţin stabilă, mai neuniformă. Traiul urban se supune factorilor de progres, unei schimbări permanente, dictată de „mode", care suprasolicită mecanismele de apărare şi de adaptare ale individului şi ale comunităţii de indivizi.

Totodată, comunitatea socială urbană este neomogenă şi datorită faptului că viaţa de confort şi plenitudine atrage ca un miraj o categorie de indivizi din alte zone sociale. Aceştia vin fie în căutare de lucru, fie ca să se piardă în anonimatul vieţii citadine: delincvenţi, aventurieri, psihopaţi sau sociopaţi, emigranţi, muncitori sezonieri etc.

Acest „val de populaţie" cu caracter migrator face ca viaţa şi comunitatea umană-citadină să nu fie omogene şi, în plus, prezintă pericolul unui amestec dăunător funcţiilor sociale, instituţiilor şi relaţiilor umane. Se pun probleme de adaptare a noilor indivizi, cum în egală măsură se pune problema receptării acestora în comunitatea existentă. Studiile de epidemiologie psihiatrică au menţionat că aceste categorii sociale sunt cele mai expuse la factorii de risc pentru sănătatea mintală a comunităţii umane, ele constituind – prin conduitele lor străine modelului social întâlnit – factori perturbatori ai vieţii sociale, ai instituţiilor şi, în final, chiar ai valorilor modelului sociocultural (Holingshed şi Reddlich).

Cauzele alterării stării de sănătate mintală la oraş sunt legate de inadaptare şi de conflict, de lupta pentru existenţă, care generează formele aberante ale devianţei. Toate aceste aspecte ridică serioase probleme pentru starea de sănătate mintală a comunităţilor social-umane urbane, iar igiena mintală este chemată să le rezolve.

3. Factorii ambientali de risc pentru sănătatea mintală

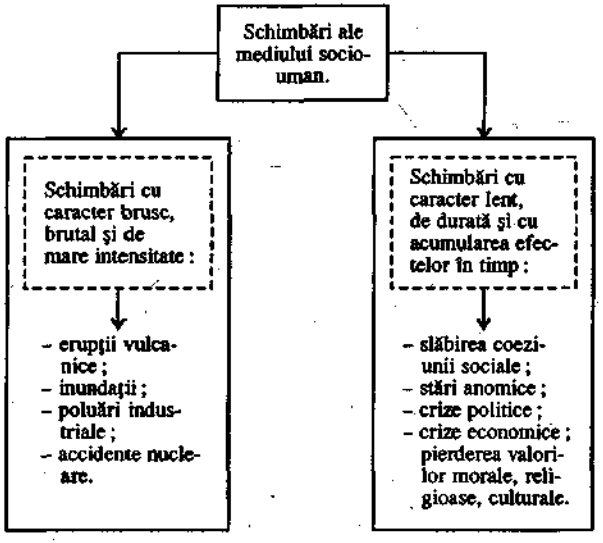
Mediile umane exercită, în egală măsură, o acţiune protectoare, de natură sanogenetică, şi o influenţă negativă, de natură morbigenetică, pentru starea de sănătate mintală a comunităţilor de indivizi. Evaluarea factorilor de *sanogeneză*, precum şi a celor de *morbigeneză* se face prin studii de *ecologie* şi *epidemiologie*. Epidemiologia studiază distribuţia bolilor într-o populaţie şi factorii care influenţează această distribuţie, pe când ecologia se ocupă cu analiza relaţiilor reciproce dintre factorii fizici, biologici şi sociali care pot influenţa starea de sănătate mintală şi frecvenţa bolilor psihice.

Starea de sănătate mintală, ca şi cea de boală psihică, depinde în mare măsură de aspectele mediului şi de calitatea acestuia. Având în vedere aceste aspecte, suntem obligaţi, ca, din perspectiva programului de protecţie a stării de sănătate mintală, să orientăm acţiunea de igienă mintală sau de psihoprofilaxie în următoarele direcţii:

a) identificarea şi cultivarea factorilor de protecţie socială;
b) reducerea prezenţei şi a acţiunii factorilor de risc psihosocial;
c) evitarea producerii şi acumulării factorilor de risc;
d) adoptarea unor strategii în cadrul programului de sănătate mintală în scopul prevenirii bolilor psihice, a tulburărilor de comportament şi a dificultăţilor de adaptare/integrare socială, familială etc.;
e) combaterea factorilor de risc şi ameliorarea condiţiilor de viaţă pentru indivizi.

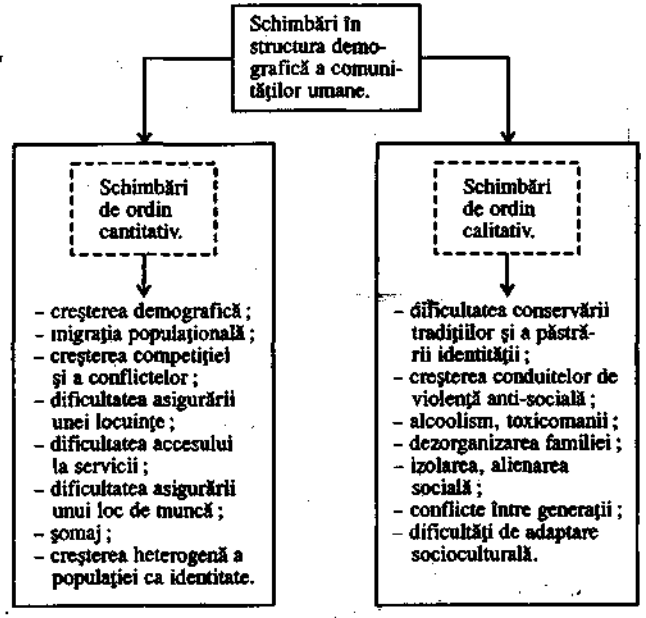
În analiza influenţelor exercitate de mediu asupra comunităţilor umane, vom avea în vedere trei grupe de factori: *factorii ecologici*, *factorii demografici* şi *modul de viaţă*.

1. *Factorii ecologici* sunt reprezentaţi prin factorii mediului fizic, dar şi prin factorii de civilizaţie socioculturală şi materială (tehnologii, alimentaţie, transporturi, învăţământ, economie, instituţii culturale etc.). Deşi rolul acestor factori socioecologici este, ca intenţie, de a oferi confort şi echilibru biopsihosociocultural şi politico-economic, adesea apar situaţii de „criză socială" care tulbură acest echilibru, cu implicaţii directe şi multiple asupra stării de sănătate mintală, a comportamentelor umane, a modului de viaţă, de sensibilitate şi de gândire al membrilor comunităţilor social-umane. Natura tulburărilor care pot apărea în cazul acesta depinde de următoarele aspecte:
   a) natura factorilor morbigenetici: fizici, biologici, tehnologici, socioeconomici, politici etc.;
   b) durata de acţiune a acestora asupra grupelor umane: de scurtă sau de lungă durată;
   c) gradul şi întinderea acţiunii factorilor morbigenetici: acţiune circumscrisă strict, localizată şi controlabilă sau acţiune generalizată şi imposibil de a mai fi controlată;
   d) modalitatea de instalare a acţiunii factorilor morbigenetici asupra grupelor umane: brusc, prin surprindere, sau treptat, în decursul timpului.

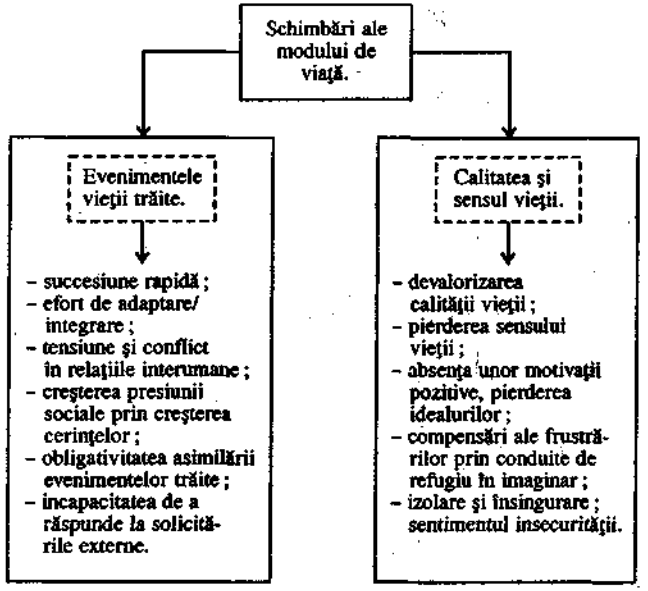

Schimbări ale mediului socio-uman.
Schimbări cu caracter brusc, brutal şi de mare intensitate:
– erupţii vulcanice;
– inundaţii;
– poluări industriale;
– accidente nucleare.
Schimbări cu caracter lent, de durată şi cu acumularea efectelor în timp:
– slăbirea coeziunii sociale;
– stări anomice;
– crize politice;
– crize economice;
pierderea valorilor morale, religioase, culturale.

2. *Factorii demografici* sunt reprezentaţi prin schimbări care depind de grupurile umane, de densitatea, structura şi dinamica acestora. Tulburările ce apar ca o consecinţă a tulburărilor echilibrului demografic, având consecinţe negative asupra stării de sănătate mintală, asupra comportamentelor şi relaţiilor interpersonale, vor depinde de următoarele aspecte:
   a) creşterea necontrolată şi anarhică a populaţiei;

b) creşterea competiţiei între indivizi, ducând la scăderea cooperării şi a respectului reciproc;
c) reducerea şi formalizarea relaţiilor interumane şi a comunicării prin izolare şi alienare;
d) dificultăţile de obţinere a unei locuinţe, de asigurare a unui loc de muncă şi de acces la servicii;
e) amestecul de populaţii prin migrarea unor grupe umane din zone defavorizate în zone cu potenţial economic ridicat;
f) dificultatea păstrării identităţii într-o lume în schimbare rapidă şi cu un mare amestec etnodemografic;
g) creşterea conduitelor de violenţă antisocială din cauza factorilor de conflict sociocultural.


Schimbări în structura demografică a comunităţilor umane.
Schimbări de ordin cantitativ.
- creşterea demografică;
- migraţia populaţională;
- creşterea competiţiei şi a conflictelor;
- dificultatea asigurării unei locuinţe;
- dificultatea accesului la servicii;
- dificultatea asigurării unui loc de muncă;
- şomaj;
- creşterea heterogenă a populaţiei ca identitate.
Schimbări de ordin calitativ.
- dificultatea conservării tradiţiilor şi a păstrării identităţii;
- creşterea conduitelor de violenţă anti-socială;
- alcoolism, toxicomanii;
- dezorganizarea familiei;
- izolarea, alienarea socială;
- conflicte între generaţii;
- dificultăţi de adaptare socioculturală.

3. *Modul de viaţă*, în condiţiile mai sus menţionate, va suferi schimbări importante, fenomene de „criză" sau chiar situaţii de „ruptură" în raport cu sistemul de cutume şi valori tradiţionale, care vor afecta direct şi durabil starea de sănătate mintală, având consecinţe numeroase şi prelungite în timp. Efectele pe care schimbarea frecventă şi rapidă a „modului de viaţă" le va avea asupra comunităţilor de indivizi sunt următoarele: tulburări psihice (nevroze, depresii, afecţiuni psihosomatice), conduite de refugiu (alcoolism, toxicomanii), conduite antisociale (violenţă, suicid), dificultăţi de adaptare şi integrare socială sau familială (conflicte, separare, divorţ), refuzul integrării sociale (asociere în grupuri marginale, delictuale, crimă organizată).


Schimbări ale modului de viaţă.
Evenimentele vieţii trăite.
- succesiune rapidă;
- efort de adaptare/ integrare;
- tensiune şi conflict în relaţiile interumane;
- creşterea presiunii sociale prin creşterea cerinţelor;
- obligativitatea asimilării evenimentelor trăite;
- incapacitatea de a răspunde la solicitările externe.
Calitatea şi sensul vieţii.
- devalorizarea calităţii vieţii;
- pierderea sensului vieţii;
- absenţa unor motivaţii pozitive, pierderea idealurilor;
- compensări ale frustrărilor prin conduite de refugiu în imaginar;
- izolare şi însingurare; sentimentul insecurităţii.

Aspectele mai sus prezentate scot în evidenţă importanţa relaţiilor care se stabilesc între comunităţile sociale şi mediile umane în ceea ce priveşte menţinerea şi progresul sănătăţii mintale, dar şi riscul legat de apariţia tulburărilor psihice, a conduitelor deviante antisociale, schimbarea mentalităţii etc.

4. Sănătatea mintală şi patologia oraşului

Dacă, prin caracteristicile sale de organizare şi funcţionare socială, *satul* reprezintă un mediu social protector pentru sănătatea mintală a comunităţii social-umane care-l locuieşte, iar patologia psihiatrică nu este semnificativă în acest caz, cu totul altfel stau lucrurile în cazul *oraşului*, fapt ce ne obligă să-l analizăm în mod deosebit.

Adevărata înţelegere a caracteristicilor stării de sănătate mintală şi boală psihică a comunităţii social-umane de indivizi trebuie să ţină seama în mod absolut de condiţiile ambientale ale acesteia, mai ales când este vorba despre oraş şi, în special, despre marile oraşe moderne şi viaţa lor.

Oraşul este expresia cea mai concretă şi mai complexă a civilizaţiei. El reprezintă un mediu al vieţii sociale a comunităţii umane produs artificial şi care este un fapt al civilizaţiei materiale. Din punct de vedere teoretic, ca intenţie, oraşul se vrea a fi un produs uman, care să corespundă şi să satisfacă nevoile oamenilor, suplinind prin aceasta ceea ce lipseşte satului. Din nefericire, vom vedea că acest tip de mediu va deveni ostil individului, obligându-l în final să-i accepte presiunile.

Orice oraş este un sistem complex, în care distingem două categorii de elemente:

a) *elemente naturale*, relief, climă, sol, subsol, resurse;
b) *elemente materiale*, fabricate de om şi care constau în: infrastructură, reţele diverse; suprastructură; construcţii şi instalaţii de locuit, de muncă, ateliere, magazine, servicii publice, şcoli, teatre etc.;
c) *elemente umane*, reprezentate prin populaţie, cu caracter mobil, fluctuant.

Din punct de vedere structural, oraşul cuprinde spaţii organizate şi spaţii care asigură legătura sau comunicarea dintre acestea. Ele depind de modul în care sunt aranjate, organizate, repartizate în spaţiu şi legate unele de altele elementele constitutive ale oraşului mai sus menţionate.

Rezultă clar că, în aceste circumstanţe, modul de viaţă, comportamentul, acţiunile, felul de a gândi şi de a reacţiona ale individului pun probleme deosebite de adaptare şi de menţinere într-un anumit echilibru.

În ceea ce priveşte chestiunea patologiei oraşului şi a modului de viaţă citadin, se vehiculează două puncte de vedere:

a) oraşele există pentru a oferi unei populaţii date cele mai bune condiţii de trai;
b) oraşele există pentru a asigura anumite funcţii sociale, politice, culturale etc., utilizând în acest scop o populaţie care este destinată executării lor.

Pentru înţelegerea problemei patologiei oraşului, trebuie să se ţină seama de două dimensiuni: un diagnostic global trebuie să aibă în vedere starea fizică a oraşului, care influenţează populaţia; multiplele activităţi din oraş care modifică la rândul lor oraşul.

Elementele patogenetice care intră în discuţie în acest caz sunt următoarele: creşterea excesivă a oraşelor, manifestată prin extinderea suprafeţei acestora, aglomerarea urbană, poluare, zgomot, urbanizarea mediului natural, aspectul haotic; creşterea excesivă a populaţiei, manifestată prin aglomerarea umană, imigraţie, populaţia flotantă, amestecul de populaţii etc.

În cazul patologiei oraşului, diagnosticul are întotdeauna un caracter pur subiectiv. Se spune că *oraşele sănătoase* sunt cele în care populaţia acestora „trăieşte bine".

Afecţiunile care pot influenţa negativ elementele constitutive ale oraşului sunt reprezentate prin următoarele: a) *pentru structuri*: cataclismele naturale (cutremure, inundaţii) sau cele produse de om (incendii, războaie); b) *pentru echipamente*: rupturi de baraje, prăbuşiri, alunecări de teren etc.; c) *pentru localizările urbane*: formarea ghetourilor şi a bidonvilurilor; d) *pentru structură*: disfuncţia transporturilor, lipsa de relaţii între cartiere, segregarea populaţiei.

Toate aceste aspecte pot fi grupate în două categorii generale de afecţiuni ale oraşului: *boli de carenţă* şi *boli de pletoră*. Ambele, aşa cum se poate deduce, au implicaţii directe şi profunde asupra modului de viaţă şi, implicit, asupra stării de sănătate mintală ale membrilor comunităţii social-umane respective.

Bolile de carenţă privesc aspectele insuficienţei dezvoltării şi funcţionării vieţii citadine. Ele sunt legate de insuficienta dezvoltare sau funcţionarea defectuoasă a următoarelor aspecte: serviciile publice; echipamentele şcolare sau de muncă; locuinţele; industriile poluante; transporturile şi mijloacele de telecomunicaţii; aprovizionarea; locurile de muncă.

Bolile de pletoră privesc aspectele legate de dezvoltarea haotică, necontrolată a oraşelor, cu consecinţele presiunilor pe care acestea le exercită asupra indivizilor. Acest

tip de patologie se caracterizează prin următoarele: creşterea haotică şi rapidă a oraşelor; industrializarea masivă şi rapidă; aglomeraţia urbană populaţională; aglomerarea transporturilor, care devin insuficiente; explozia demografică; aglomeraţia populaţională pe unitatea de suprafaţă; creşterea timpului afectat activităţii socioprofesionale a individului; scăderea timpului liber personal; factorii de stres, tensiunea psihică legată de competiţie şi asimilarea noului cu obligativitatea adaptării la acesta; necesitatea schimbărilor sociale, profesionale frecvente; dezvoltarea unor conduite deviante, cu creşterea delincvenţei, a toxicomaniilor şi a criminalităţii; creşterea riscului bolilor psihice, a surmenajului, a nevrozelor, tentativelor de suicid etc.; destrămarea familiei; mutaţiile în modelele de educaţie a copiilor şi tineretului.

Se poate constata din cele de mai sus că *bolile oraşului* sunt, de fapt, expresia socială a *bolilor comunităţii social-umane*, a afectării directe a stării de sănătate mintală a populaţiei, ce este confruntată cu „şocul progresului, al schimbărilor rapide pe care le implică «noul» în viaţa socială şi individuală; schimbări pe care individul e chemat să le asimileze şi să li se adapteze necondiţionat" (A. Toffler, Z. Brszinski). Toate acestea solicită permanent starea de sănătate mintală, echilibrul psihic ale indivizilor, reprezentând un complex important de factori de risc social. În această privinţă, igiena mintală are un rol social esenţial, şi anume cel de combatere şi prevenire ale acţiunii acestora.

5. Sănătatea mintală şi mobilitatea geografică

Pe lângă aspectele legate de raportul dintre comunităţile social-umane şi mediul social ambiental, un aspect deosebit de important pentru starea de sănătatea mintală şi boala psihică îl constituie problema mobilităţii geografice a persoanelor care imigrează în metropole sau ţări străine. Problema a fost studiată de numeroşi specialişti care i-au subliniat importanţa (J. Alliez, A. Marie, A. Kardiner, J.J. Gillon, H. Duchêne şi Y. Champion).

S-a observat, de pildă, că la persoanele care emigrează din locul lor de origine în alte zone etnoculturale (mari metropole, regiuni sau ţări străine) apar tulburări de diferite forme şi intensităţi ale stării de sănătate mintală, legate în primul rând de rigorile impuse de adaptarea la noul mediu sociocultural.

Sociogeneza acestor tulburări poate fi legată fie de „condiţiile etnice ale imigranţilor", fie de „ambianţa economică sau socială" (J. Alliez). Se vorbeşte în aceste situaţii de o *psihopatologie a mobilităţii geografice* sau de o *psihopatologie a transplantării*. La baza acestor modificări stau conflictele de ordin etnocultural (A. Kardiner, A. Schuetz). Conflictul se desfăşoară între „imigrant" şi „grupul receptor". După R.E. Park, „emigrantul, om marginalizat, se vede plasat în faţa necesităţii unei restructurări integrale a referinţelor culturale de bază, condiţie a adeziunii sale la arhetipul cultural (*cultural pattern*) al grupului receptor, necesitate care condiţionează procesele de asimilare şi de adaptare socială". Toate acestea configurează condiţiile unui efort de adaptare la noul model sociocultural, efort care va eşua deseori în tulburări psihice.

Un rol important revine *personalităţii preemigrante*, care explică „motivele", în special de ordin psihologic, ce stau la baza acestei decizii. În această privinţă există două opinii. Una consideră că motivaţiile sunt legate de o constituţie „prepsihotică" a personalităţii; cea de-a doua, de sorginte psihanalitică, consideră emigraţia un act simbolic de rezolvare a tensiunilor conflictual-nevrotice ale propriului Eu.

Prima cauză a inadaptării o reprezintă contactul cu noua societate, cu valorile morale şi normele sociale ale acesteia, cu tipurile sale de comportament şi de mentalitate. O barieră serioasă o constituie imposibilitatea de comunicare, prin necunoaşterea limbii.

În aceste circumstanţe de marginalizare etnică şi lingvistică, posibilităţile de integrare socială a imigranţilor sunt extrem de reduse. Acestea afectează direct starea lor de sănătate mintală.

Numeroşi autori au descris tulburări psihice de diferite forme şi intensităţi la persoanele *imigrante dintr-un mediu* etnocultural de origine *într-unul străin*. La vremea sa, E. Kraepelin a vorbit despre „psihozele de legătură socială" (*Verkehrnspsychosen*). H. Herschmann reţinea „stările paranoide acute" produse de izolarea lingvistică. R. Allers menţiona „delirul de persecuţie al izolaţilor lingvistici". F.F. Kino descria „reacţiile paranoide ale străinilor". Toţi autorii sunt de acord în a admite faptul că la baza acestor tulburări stă un conflict de ordin transcultural, care-şi găseşte modul de manifestare în formele „delirului de relaţie de tip primitiv" (*Primitiver Beziehungswahn*) descris de E. Kretschmer, pe care Ph. Koechlin le interpretează ca „perturbaţii ale mecanismelor instrumentale de inserţie în mediu".

În ceea ce priveşte adaptarea socială a populaţiei străine imigrante, aceasta este legată de numeroşi alţi factori: locuinţe; locuri de muncă; mijloace de trai; nevoia păstrării tradiţiilor personale; crearea unor relaţii interumane, menţinerea unei familii; educaţia copiilor.

Toate aceste aspecte generează adesea probleme deosebit de dificile, cu care este confruntată persoana *imigrantului în* raport cu *noul său mediu* sociocultural. Toate pot deveni surse de tensiune sau de conflict social, născând tulburări psihice de diferite tipuri (v. A.A. Weinberg, H.E. Lehman, L. Tanfani şi G. Caprini, P. Sivadon).

Măsurile care se impun din punctul de vedere al igienei mintale sunt deosebit de importante. Ele vizează atât persoanele imigrante, cât şi societatea receptoare. Aceasta, întrucât mulţi imigranţi pot adopta conduite de tip deviant, delincvent, care reprezintă un pericol antisocial pentru societăţile în care ei imigrează.

6. Sănătatea mintală şi schimbările forţate de mediu

Dacă în cazul *mobilităţii geografice* individul sau grupul de indivizi acceptă în mod voluntar schimbarea mediului de origine prin emigrare, sunt totuşi situaţii care impun atât transferul individual sau al grupurilor de indivizi din mediul de origine etnosocio-cultural în altul, împotriva voinţei lor, cât şi condiţiile în care acesta se realizează. De regulă, aceste schimbări forţate de mediu sunt însoţite de pierderea libertăţilor individuale ale persoanei. Se creează prin aceasta situaţii noi, complet diferite de cele anterioare, nedorite de individ sau de grupul uman, care afectează direct, brutal şi sub diferite forme starea de sănătate mintală a celor ce emigrează.

Cele mai cunoscute situaţii de acest gen sunt reprezentate de campaniile militare, războaiele duse de o armată la mare distanţă, într-un mediu nou, necunoscut, ostil şi în starea de izolare (R. Jung, D. Rousset, A. Rodiet şi A. Fribourg-Blanc). Urmează tulburările de sănătate mintală cauzate de deportările forţate, cele întâlnite la prizonierii de război sau la persoanele internate în lagăre de concentrare sau de muncă forţată (D. Rousset, E. Minkowski, H. Baruk). A treia situaţie specială o constituie alterarea stării de sănătate mintală la

persoanele internate în mediul penitenciar (Baillarger, E. Kraepelin, K. Bonhoeffer, Costedoat). Aceste aspecte menţionate trebuie tratate cu deosebită atenţie de către igiena mintală.

Sănătatea mintală şi situaţiile de război

Toţi specialiştii sunt de acord că războaiele duc la importante răsturnări ale vieţii comunităţilor umane, în plan individual sau colectiv, material, moral şi intelectual, ceea ce face ca războiul să fie considerat un fapt psihiatric de primă mărime (A. Porot).

În caz de război, tulburările sănătăţii mintale interesează combatanţii militari, prizonierii de război şi persoanele deportate, dar şi populaţia civilă. La combatanţi se constată dificultăţi de adaptare legate de trecerea de la viaţa civilă la disciplina militară. Militarii trebuie să suporte separarea de familie, de ţară şi de conaţionali, la care se adaugă stresul provocat de luptele militare, alarme, atacuri, nenumărate alte privaţiuni.

La prizonierii de război sau la persoanele deportate, viaţa într-o nouă colectivitate organizată poate compensa într-o oarecare măsură despărţirea de familie şi de ţară. Dar la această separare se adaugă torturile fizice, foamea, condiţiile de viaţă deosebit de grele, subnutriţia, presiunile psihice legate de universul concentraţionar, nesiguranţa destinului personal.

Pentru populaţia civilă, războiul este cauza dezorganizărilor sociale şi familiale, a incertitudinii viitorului, a instabilităţii economice, a deteriorării locuinţelor şi transportului, a alarmelor aeriene repetate, a bombardamentelor, a ocupaţiei militare străine etc.

Indiferent de categoria de populaţie la care se face referinţă, războiul determină o mare varietate de modificări psihice la populaţia civilă, ca şi la combatanţi, manifestate prin *psihonevrozele de război*, în cadrul cărora se consemnează stări confuzionale, manifestări anxioase şi crize de tip isteric sau tulburări psihosomatice. La prizonierii de război sau la persoanele deportate, se menţionează stări de apatie, iritabilitate, depresii, reacţii anxioase, stări delirante sau halucinatorii, *deliruri sistematizate* cu temă *mistică*.

Sănătatea mintală la deportaţi şi prizonierii de război

În cazul persoanelor deportate şi al prizonierilor de război, problemele de sănătate mintală *sunt diferite de cele ale populaţiei (civile sau militare)* aflată în câmpul de operaţiuni militare. Pe aceste considerente, şi tulburările stării de sănătate mintală vor fi diferite. Ele au făcut obiectul unor studii speciale (E. Carrot, J. Parraire şi A. Charlin, E. Minkowski, H.H. Kornhuber, V.E. Frankl, E.K. Cruickshank). Astfel, s-a subliniat importanţa existenţei unei predispoziţii psihice în apariţia tulburărilor mintale la aceste grupe populaţionale, predispoziţii de tipul: hiperemotivitate, constituţie de tip senzitiv, ruperea bruscă şi brutală de mediul familial, dezrădăcinarea etnoculturală, supunerea la muncă forţată, plasarea într-un mediu lingvistic necunoscut.

Forma cea mai frecventă a tulburărilor psihice o constituie „nostalgia", starea psihopatologică de fond pe care se grefează toată suita de tulburări psihiatrice, manifestate prin: stări depresive, stări anxioase, tulburări ipohondriace, crize isterice, psihoze reacţionale (A. Porot). E. Minkowski notează existenţa unei stări morale cu aspect particular, pe care a numit-o „anestezie afectivă", manifestată prin incapacitatea individului de a mai percepe emoţional-afectiv situaţiile vieţii, de care acesta este perfect conştient. Targowla descrie *un sindrom* de hipermnezie emoţională paroxistică tardivă la vechii prizonieri sau persoanele deportate.

Sănătatea mintală la persoanele din mediul penitenciar

Tulburările psihice în mediul penitenciar au fost semnalate de multă vreme de specialişti (Baillarger, Delbruck, Kraepelin, Bonhoffer, Costedoat, Heuyer şi Fouquet), care au arătat că ele fie se datorează constituţiei psihologice de tip deviant-caracteriopatic a acestor indivizi, fie este vorba de psihoze reactive ce apar ca urmare a regimului de penitenciar.

Manifestările de natură constituţională implică tarele ereditare, constituţia perversă sau hiperemotivă şi cazurile de intelect de limită. Deţinuţii din penitenciare, în majoritatea lor devianţi sociopatici, „aduc" cu ei această încărcătură caracterial-constituţională, pe care se grefează, în condiţiile de carceralitate, psihoze de tip carceral.

Psihozele carcerale se datorează condiţiilor de claustrare penitenciară a acestei categorii de indivizi taraţi social, moral sau psihologic. Acest grup de tulburări psihice se caracterizează prin următoarele (A. Porot):

- survin, de regulă, la delincvenţii primari;
- apar imediat sau la scurt timp după internarea în penitenciar;
- au un caracter tranzitoriu şi sunt reversibile prin tratamentul de specialitate.

Din punct de vedere clinic, se observă stări depresive, stări anxioase, episoade confuzionale, decompensări ale psihopaţilor, stări delirante cu caracter sistematizat de persecuţie sau cu temă mistică.

Din cele de mai sus se constată marele polimorfism al tulburărilor stării de sănătate mintală, legate de situaţiile-limită cauzate de războaie, precum şi de deportări sau de internări forţate în lagărele de muncă, de prizonieratul de război, dar şi de detenţia indivizilor sociopaţi delincvenţi din penitenciare.

Toate acestea pun serioase probleme de sănătate mintală, pe care acţiunea de igienă mintală şi societatea trebuie să le rezolve.

7. Politica sănătăţii mintale

Având în vedere aspectele mai sus menţionate se impune adoptarea unor măsuri speciale de igienă mintală comunitară, menite să protejeze starea de sănătate mintală comunitară, să indice formele de amenajare psihosocială a ambientelor umane, a relaţiilor interumane, de combatere a factorilor de risc morbigenetic, de stimulare a factorilor sanogenetici. Aceste măsuri nu pot fi eficiente decât dacă sunt înscrise în cadrul unui program instituţionalizat, care să poată acţiona atât asupra structurilor oraşului, cât şi asupra comunităţii social-umane.

Punând problema în felul acesta, igiena mintală devine o acţiune socială importantă, ale cărei rezultate vor fi asigurate prin instituţionalizarea ei.

Trebuie însă evitată, prin această „instituţionalizare" a igienei mintale în sfera socialului, acţiunea de „psihiatrizare a societăţii". Aceasta ar putea stârni reacţii de protest din partea societăţii, a instituţiilor şi a comunităţii de indivizi. Din acest motiv, trebuie construită o strategie care să aibă ca punct de plecare o metodologie fundamentată pe o pregătire prealabilă a comunităţii de indivizi, în următoarele privinţe: sensibilizarea populaţiei la acţiunea factorilor de risc morbigenetic pentru sănătatea mintală; consecinţele sociale, familiale, profesionale şi economice ale bolii psihice pentru individ şi societate; ameliorarea conflictelor dintre instituţii şi individ; îmbunătăţirea condiţiilor

de locuit, a nivelului de trai şi a condiţiilor de muncă pentru membrii societăţii; facilitarea mijloacelor de transport, a comunicaţiilor, a mijloacelor de comunicare în masă (mass-media); accesul liber al cetăţenilor la cultură, odihnă, recreere.

În a doua fază se va proceda la instituirea unor măsuri directe de protecţie a stării de sănătate mintală, care succedă faza anterior descrisă (de educaţie sanitară). În sensul acesta, se va efectua un control al populaţiei comunităţii respective prin dispensarele de psihiatrie, estimându-se nivelul general de sănătate mintală şi riscul apariţiei bolilor psihice.

Se vor face anchete sociale pe teren privind condiţiile de locuit, de muncă şi şcolarizare, transportul, aprovizionarea şi modul de utilizare a timpului liber al cetăţeanului. Se va studia indicele de adresabilitate pentru serviciile medicale legate de problemele sănătăţii mintale şi se va căuta o soluţionare promptă a acestora, preferabil printr-o formă de tratament şi supraveghere în ambulator.

În al treilea rând, se va duce o propagandă de schimbare a mentalităţii sociale referitoare la bolnavul psihic şi boala mintală. Bolnavilor declaraţi li se vor oferi condiţii optime de spitalizare, tratament şi recuperare postcură. Ulterior, se vor asigura condiţii de reintegrare a acestora în activitatea profesională sau şcolară, în familie, în grupul social.

O atenţie deosebită trebuie acordată copiilor şi tineretului, precum şi populaţiei în vârstă. Tineretul prezintă probleme de adaptare legate de „intrarea" în viaţă şi de integrarea sa socială şi profesională şi de aceea este supus riscului de a adopta un comportament de tip deviant. Populaţia vârstnică, o dată cu pensionarea, prin întreruperea activităţii profesionale, este scoasă din circuitul social şi supusă izolării. Lipsa de activitate şi sentimentul inutilităţii creează serioase probleme de adaptare socială, cu implicaţii asupra sănătăţii mintale.

O problemă importantă o reprezintă psihoigiena familiei. Într-o societate în care femeia este egală în drepturi cu bărbatul, în care ambii parteneri conjugali sunt antrenaţi în viaţa socială, în activităţi profesionale sau de altă natură, stabilitatea familiei este serios pusă în discuţie. Rolurile şi ierarhiile legate de familie ale partenerilor cuplului conjugal suferă mutaţii importante. Activitatea profesională şi viaţa socială trec pe primul plan, viaţa de familie diminuând. Familia îşi pierde în mare măsură rolul şi funcţiile. Din aceste motive, creşte numărul divorţurilor, al conflictelor între parteneri, scăzând concomitent interesul şi încrederea tinerilor în familie. Devalorizarea instituţiei familiale va ameninţa însăşi stabilitatea şi viitorul comunităţii umane şi ale societăţii respective.

Legat de aceste aspecte, este de discutat şi modul de creştere şi educare ale copiilor. Aceştia, ieşind de sub controlul familiei, vor fi expuşi unor influenţe rele, vor suferi de frustrări şi carenţe emoţional-afective şi de educaţie, vor adopta modele de comportament deviant, vor nesocoti valorile sociale, morale şi vor creşte lipsiţi de modele, de idealuri, cu caractere incomplet formate sau chiar deformate. Lipsa de control familial va duce la dezvoltarea toxicomaniilor, a perversiunilor sexuale, a conduitelor de tip deviant, mai ales la tinerii adolescenţi.

Faţă de problemele ridicate de modul de viaţă modern, adulţii, antrenaţi în procesul de competiţie socială şi profesională, vor deveni egoişti, va creşte concurenţa dintre indivizi, între ei vor apărea stări conflictuale şi tensiuni, scăzând în acest fel coeziunea de grup.

Toate acestea sunt probleme deosebit de serioase care apar în cazul unei societăţi moderne, în dezvoltare rapidă, ce afectează direct personalitatea individului şi starea lui de sănătate mintală.

Din aceste considerente, instituirea unor măsuri fundamentale de igienă mintală este absolut necesară în scop profilactic.

Capitolul 9

Acţiunea de igienă mintală

1. Cadrul problemei

Acţiunea de igienă mintală cuprinde totalitatea măsurilor care se întreprind având ca scop promovarea stării de sănătate mintală individuală sau colectivă, prevenirea apariţiei bolilor psihice, ameliorarea condiţiilor de viaţă, habitat, muncă, relaţii sociale. Prin aceste deziderate, acţiunea de igienă mintală acoperă o serie extrem de vastă de obiective, scopul final fiind însă cel de promovare a sănătăţii mintale.

Acţiunea de igienă mintală nu este numai o *acţiune medicală*; sfera ei de cuprindere e mult mai largă. Ea este o *acţiune socială* complexă, o *acţiune psihologică şi educativă*, dar şi o *acţiune morală şi culturală*, vizând nu numai aspectele psihologice individuale sau colective, ci şi *factorii civilizaţiei*, iar în final o mare parte din sfera organizării şi desfăşurării vieţii sociale.

Având în vedere scopul pe care şi-l propune, acţiunea de igienă mintală vizează, dincolo de măsurile practice medico-sociale, de ameliorare a vieţii, şi o acţiune de menţinere şi promovare a valorilor culturale, morale şi relig[illegible]e ale modelului social, considerate ca repere ale formării personalităţii şi ca o garanţie a unei stări de sănătate mintală optimă.

Aspectele mai sus menţionate diferenţiază acţiunea de igienă mintală de alte acţiuni sociale, medicale-economice sau de alt ordin. Obiectul ei, *sănătatea mintală*, nu are un caracter concret, material, care să poată fi „modelat". Acesta trebuie *cultivat*, prin măsuri speciale de protecţie psihoprofilactică şi psihopedagogică, prin intermediul sistemului de valori ale modelului sociocultural.

Avându-se în vedere faptul că aria de cuprindere socială a acţiunii de igienă mintală este extrem de largă, aceasta reclamă o importantă concentrare de forţe cu caracter multidisciplinar: medici, psihologi, educatori, asistenţi sociali, sociologi, economişti, jurişti, asistenţi medicali, precum şi instituţii de stat. Activitatea trebuie să se înscrie într-un larg program de măsuri sociale, care să antreneze majoritatea sectoarelor vieţii sociale. Această acţiune trebuie să îşi găsească locul în programele de măsuri social-politice permanente ale statului.

Acţiunea de igienă mintală are un caracter complex şi se bazează pe câteva principii teoretice proprii, pe care le vom dezvolta în continuare. Din punct de vedere practic, acţiunea de igienă mintală ca program specific de *acţiune medico-psihosocială* are în vedere următoarele aspecte: *obiectivele* propuse a fi atinse, *mijloacele de realizare* a obiectivelor, *factorii vizaţi* de acţiunea de igienă mintală, organizarea şi funcţionarea *echipei terapeutice*.

2. Principiile acţiunii de igienă mintală

Înţelegem prin *principiile acţiunii de igienă mintală* normele în conformitate cu care trebuie să fie organizat şi să se desfăşoare *programul de igienă mintală*. Acestea reprezintă reguli care trebuie respectate cu stricteţe pe toată durata desfăşurării acţiunii de igienă mintală şi de a căror respectare depinde însuşi succesul acţiunii propuse. *Normele* acţiunii sunt strâns corelate cu *programul* acesteia, motiv pentru care le vom prezenta împreună.

Principiile acţiunii de igienă mintală

Orice acţiune de igienă mintală se desfăşoară în conformitate cu următoarele principii:

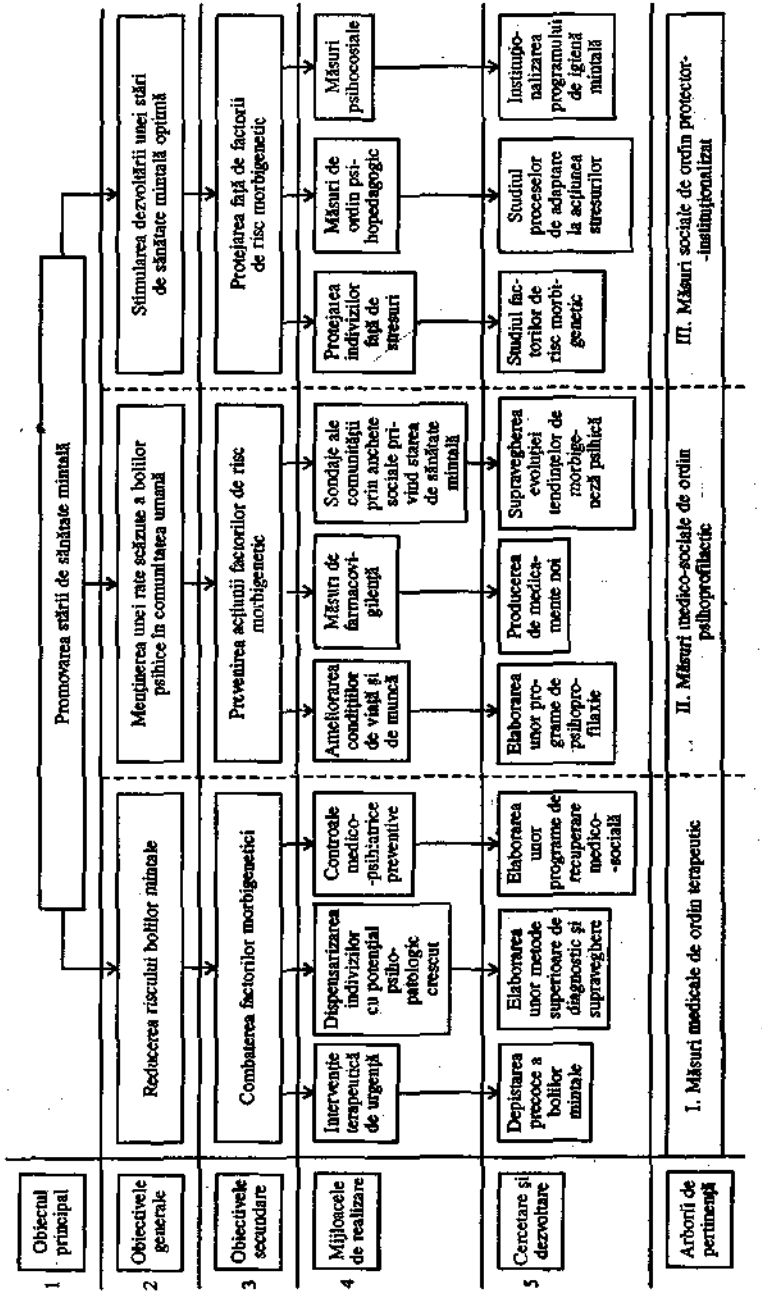
a) delimitarea strictă a ariei de acţiune, în raport cu necesităţile, particularităţile şi posibilităţile;
b) depistarea factorilor de risc morbigenetici pentru starea de sănătate mintală în aria de acţiune vizată, prin studii de epidemiologie a bolilor psihice efectuate în prealabil;
c) delimitarea precisă a obiectivelor vizate de acţiunea de igienă mintală şi adaptarea acţiunii la specificul acestora;
d) planificarea desfăşurării stadiale a acţiunii de igienă mintală, colaborarea cu autorităţile şi populaţia din aria respectivă;
e) adaptarea acţiunii de igienă mintală la cerinţele şi nevoile populaţiei din aria respectivă;
f) antrenarea largă a populaţiei în aplicarea măsurilor de psihoigienă, ca o garanţie a eficacităţii rezultatelor.

Programul de igienă mintală

Dacă principiile acţiunii de igienă mintală reprezintă baza teoretică a acţiunii, programul de igienă mintală constituie aspectul practic al desfăşurării şi realizării obiectivelor propuse de acţiunea de igienă mintală. Orice program de igienă mintală trebuie să aibă următoarele componente:

a) planificarea acţiunii ca modalitate de desfăşurare practică;
b) stabilirea obiectivelor, a etapelor de realizare, scontarea şi evaluarea rezultatelor parţiale;
c) durata de desfăşurare a acţiunii de igienă mintală (pe termen scurt, mediu, lung);
d) planificarea mijloacelor de realizare a acţiunii (specialişti, buget, mijloace tehnico-materiale, loc, mijloace de propagandă medico-psihologică şi psihopedagogică etc.);
e) cooperarea cu anumite instituţii şi persoane în realizarea obiectivelor înscrise în programul de igienă mintală.

Garantarea rezultatelor programului de igienă mintală depinde în mare măsură de organizarea şi desfăşurarea acţiunii de igienă mintală, de respectarea principiilor de acţiune şi a etapelor de desfăşurare a acţiunii-program de igienă mintală (vezi schema de mai jos).


Obiectul principal
Obiectivele generale
Obiectivele secundare
Mijloacele de realizare
Cercetare și dezvoltare
Arborii de pertinență
Promovarea stării de sănătate mintală
Stimularea dezvoltării unei stări de sănătate mintală optimă
Menținerea unei rate scăzute a bolilor psihice în comunitatea umană
Reducerea riscului bolilor mintale
Protejarea față de factorii de risc morbigenetic
Prevenirea acțiunii factorilor de risc morbigenetic
Combaterea factorilor morbigenetici
Măsuri psihosociale
Măsuri de ordin psihopedagogic
Protejarea individuală față de stresuri
Sondaje ale comunității prin anchete sociale privind starea de sănătate mintală
Măsuri de farmacovigilență
Ameliorarea condițiilor de viață și de muncă
Controale medico-psihiatrice preventive
Dispensarizarea individuală cu potențial psihopatologic crescut
Intervenție terapeutică de urgență
Instituționalizarea programului de igienă mintală
Studiul proceselor de adaptare la acțiunea stresurilor
Studiul factorilor de risc morbigenetic
Supravegherea evoluției tendințelor de morbigenă psihică
Producerea de medicamente noi
Elaborarea unor programe de psihoprofilaxie
Elaborarea unor programe de recuperare medico-socială
Elaborarea unor metode superioare de diagnostic și supraveghere
Depistarea precoce a bolilor mintale
III. Măsuri sociale de ordin protector-instituționalizat
II. Măsuri medico-sociale de ordin psihoprofilactic
I. Măsuri medicale de ordin terapeutic
1
2
3
4
5

3. Obiectivele acțiunii de igienă mintală

Orice acțiune de igienă mintală, individuală sau colectivă, trebuie să-și delimiteze precis obiectivele pe care își propune să le realizeze. De aceasta depinde succesul acțiunii de igienă mintală.

În alegerea obiectivelor, trebuie, indiferent de situație, să se aibă în vedere starea de *sănătate mintală*, individuală sau colectivă, și particularitățile acesteia în aria de acțiune determinantă. În sensul acesta, se vor avea în vedere *două grupe de obiective*, și anume:

1. *obiective generale*, cu caracter absolut obligatoriu, prezentate în orice program de igienă mintală și reprezentate prin următoarele:
   a) menținerea și protejarea stării de sănătate mintală;
   b) prevenirea apariției tulburărilor psihice, a tulburărilor de comportament, a dificultăților de adaptare/integrare etc.;
   c) instituirea unor măsuri de protecție și compensare a stării de sănătate mintală prin promovarea factorilor de sanogeneză;
2. *obiective particulare*, ce privesc strict aria socială în care este organizată și se desfășoară acțiunea de igienă mintală, vizând anumite aspecte negative ca influență asupra sănătății mintale, de tipul următor:
   a) creșterea factorului de risc morbigenetic datorită unor cauze cu efect patogen asupra stării de sănătate mintală (zgomotul, poluarea, crizele sociale, lipsa de locuințe, scăderea puterii economice a populației, șomajul, migrațiile de populație, scăderea coeziunii sociale etc.);
   b) creșterea ratei suicidului, a violenței, a tulburărilor de comportament, a dificultăților de adaptare/integrare socială;
   c) creșterea ratei alcoolismului, a consumului de droguri, vagabondajul, prostituția, delincvența juvenilă, abandonul familial și profesional etc.;
   d) creșterea ratei bolilor psihice, în special nevroze, stări depresive, anxioase, afecțiuni psihosomatice etc.

Cele mai sus menționate reprezintă aspectul general al obiectivelor oricărei acțiuni de igienă mintală. Vom analiza în continuare aspectele legate de particularitățile unor obiective special vizate de secțiunea de igienă mintală, ca fiind, prin natura lor, proprii acestei acțiuni. În respectiva categorie intră următoarele:

1. *persoanele cu nevoi speciale*, care necesită sprijin și supraveghere de lungă durată sau chiar permanentă: copiii instituționalizați, fără familii; persoanele handicapate singure; bolnavii psihic; bătrânii fără familie; bolnavii cu afecțiuni somatice cronice etc.;
2. *familiile cu probleme*: dezorganizate sau în curs de dezorganizare, cu venituri materiale insuficiente, cu membri de familie bolnavi, alcoolici, șomeri etc.;
3. *grupurile sociale cu probleme speciale*: șomerii, emigranții/azilanții, grupele de tineri delincvenți, persoanele dependente social, sociopații, toxicomanii, prostituatele etc.;
4. *persoanele din instituții cu caracter închis*, supravegheate, izolate de societate, familie, cu un regim de viață strict controlat și impus de norme interioare: spitalele de bolnavi cronici, spitalele de psihiatrie, căminele de bătrâni, căminele de persoane cu handicap sever sau polihandicap, penitenciarele, instituțiile militare, școlile-internat etc.;

5) *şcolile, căminele de copii şcolari*, care pot constitui obiective de interes pentru acţiunea de igienă mintală privind următoarele aspecte: durata timpului de studiu, încărcarea programelor de învăţământ, motivarea elevilor, relaţiile profesori/educatori – elevi/familiile acestora, timpul liber, distracţiile, recreerea, activităţile culturale şi sportive;
6) *supravegherea mijloacelor mass-media* şi a influenţei acestora asupra sănătăţii mintale a populaţiei: ziare, reviste, programe radio, TV, conferinţe publice, adunări etc.; acest aspect este de o importanţă deosebită, avându-se în vedere faptul că mass-media reprezintă forme de „acţiune psihosocială" de manipulare a maselor de indivizi în ceea ce priveşte formarea gusturilor, dezvoltarea intereselor, a opiniilor şi a mentalităţilor, a vestimentaţiei şi conduitelor sociale, a relaţiilor şi a comunicării interpersonale, a nivelului de aspiraţie şi idealuri.

4. Mijloacele de realizare a acţiunii de igienă mintală

Realizarea obiectivelor înscrise în programul de igienă mintală depinde de câţiva factori importanţi, şi anume: *echipa terapeutică*, *dotarea tehnico-materială* şi *bugetul* acţiunii de igienă mintală. Le vom analiza în continuare.

Echipa terapeutică

Echipa terapeutică este grupul interdisciplinar de specialişti antrenaţi în acţiunea de igienă mintală. Deşi sintagma „echipă terapeutică" este consacrată, considerăm că, în conformitate cu acţiunea pe care o desfăşoară, e mai potrivit să fie numită „echipa de igienă mintală".

Sarcina echipei terapeutice este de a realiza obiectivele propuse de acţiunea de igienă mintală. Aceasta presupune o conlucrare activă între membrii echipei. În ceea ce priveşte componenţa sa, echipa terapeutică dispune de următorii specialişti: medic psihiatru, medic de medicină generală sau specialist igienist sau de medicină socială, psiholog, asistent social, sociolog, jurist şi economist, pedagogi, asistenţi medicali. Li se asociază familiile celor vizaţi, instituţii sociale, şcoala, Biserica etc.

Dotarea tehnico-materială

Succesul echipei terapeutice nu depinde numai de competenţa profesională şi de conştiinciozitatea membrilor săi. Incontestabil că acestea reprezintă aspecte importante, de care trebuie să ţinem în primul rând seama în etapa de proiectare a oricărei acţiuni de igienă mintală. A doua condiţie care se impune însă, ca suport absolut obligatoriu de realizare a scopului propus de acţiunea de igienă mintală, este reprezentată de dotarea tehnico-materială şi susţinerea financiară a programului de igienă mintală pe tot parcursul desfăşurării lui. În scopul acesta, trebuie avute în vedere următoarele:

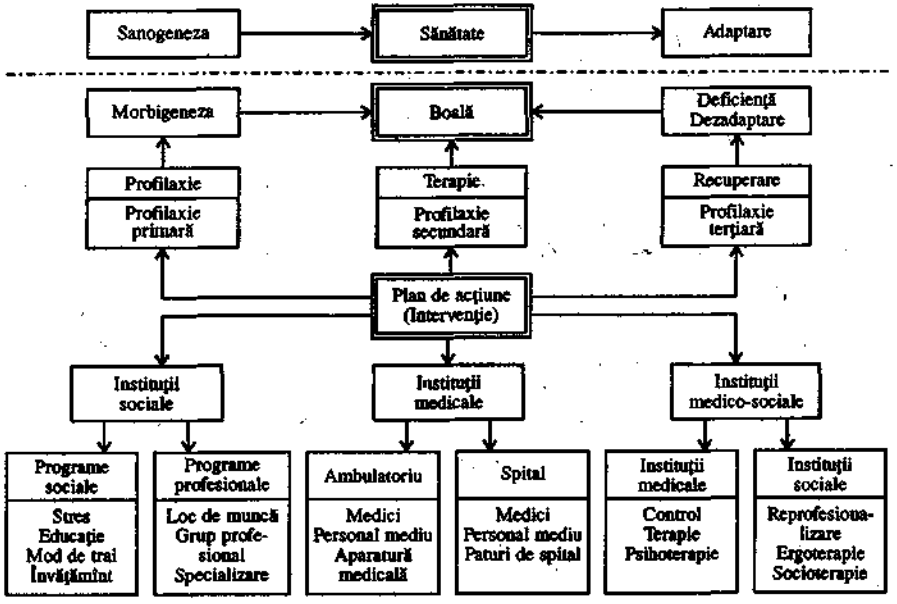
a) instituţiile de specialitate, clădirile, sediile, mijloacele de transport, dotările materiale etc.;
b) personalul calificat, acomodat cu activitatea de teren şi capabil de a se adapta cu uşurinţă la aspectele în schimbare ale activităţii;

c) bugetul suficient pentru a putea face faţă cheltuielilor pe care le presupune acţiunea de igienă mintală;
d) mijloacele de difuzare în masă a informaţiilor legate de problemele de sănătate mintală, familie, şcoală etc.

După ce am trecut în revistă aceste aspecte cu caracter pregătitor, să vedem în ce constau acţiunile propriu-zise de igienă mintală.

5. Acţiunea de igienă mintală

Orice discuţie referitoare la acţiunea de igienă mintală priveşte două componente: *acţiunea de igienă mintală* propriu-zisă şi *formele de igienă mintală* utilizate în acţiunea respectivă. Vom analiza în continuare aceste două aspecte (vezi schema de mai jos).



Acţiunea de igienă mintală

Aşa cum am arătat deja, acţiunea de igienă mintală este o activitate complexă medico-psihosocială, care se înscrie în *programul de sănătate mintală* sau de *igienă mintală*, pe care trebuie să-l cuprindă orice sistem de protecţie socială şi medicală a unui stat civilizat. Programul de sănătate mintală este o sarcină permanentă, întrucât vizează măsurile de protecţie şi dezvoltare ale sănătăţii mintale individuale şi colective, prevenirea bolilor psihice şi a stărilor de handicap.

Orice activitate de igienă mintală se desfăşoară în mai multe direcţii şi etape, după cum urmează:

a) *pregătirea acţiunii de igienă mintală* are în vedere următoarele aspecte:
   - depistarea precoce a factorilor de risc pentru starea de sănătate mintală;
   - prevalenţa bolilor psihice în grupul populaţional vizat;
   - rata îmbolnăvirilor şi vulnerabilitatea populaţiei;
   - aspectele particulare cu risc pentru sănătatea mintală (suicidul, tulburările de comportament, alcoolismul, toxicomaniile, stările depresive, nevrozele, psihozele etc.;
b) *organizarea şi planificarea acţiunii de igienă mintală* are în vedere următoarele aspecte practice:
   - fixarea obiectivelor acţiunii de igienă mintală;
   - stabilirea etapelor de realizare a obiectivelor propuse;
   - verificarea rezultatelor obţinute prin acţiunea de igienă mintală;
   - generalizarea măsurilor de igienă mintală în aria de acţiune;
c) *realizarea obiectivelor propuse de acţiunea de igienă mintală* constă în:
   - educaţia sanitară a populaţiei centrată pe problematica sănătăţii mintale;
   - rezolvarea problemelor persoanelor cu nevoi speciale prin plasament familial, social, profesional etc.;
   - activităţile terapeutice şi recuperatorii;
   - acţiunile în mediile familiale, şcolare, profesionale etc.;
   - acţiunile de igienă mintală în instituţiile cu regim special mai sus menţionate, cu risc pentru starea de sănătate mintală.

Formele de igienă mintală

Orice acţiune de igienă mintală dispune de diferite forme de igienă mintală special adaptate obiectivelor către care este orientată şi în funcţie de scopurile urmărite. Asupra formelor de igienă mintală vom reveni pe parcursul lucrării noastre. Pentru moment, menţionăm pe următoarele:

a) *profilaxia primară*, având ca scop prevenirea îmbolnăvirii psihice şi păstrarea stării de sănătate mintală;
b) *profilaxia secundară* sau intervenţia, urmărind restabilirea stării de sănătate mintală prin măsuri terapeutice precoce şi judicios instituite în cazul apariţiei tulburărilor psihice;
c) *profilaxia terţiară*, ce are ca scop recuperarea stării de sănătate mintală, după rezoluţia fenomenelor morbide.

6. Formarea specialiştilor în igiena mintală

Din cele prezentate mai sus, se desprinde faptul că acţiunea de igienă mintală are un caracter complex, ce reclamă o specializare deosebită, abilităţi profesionale, o mare mobilitate practică, adoptarea unor decizii în funcţie de circumstanţele schimbătoare, perseverenţă şi cooperare cu specialiştii din domenii diferite. Toate aceste cerinţe de

ordin practic ridică serioase probleme privind formarea specialiştilor în domeniul igienei mintale. Din acest motiv, formarea specialiştilor are o importanţă deosebită.

Nu se poate concepe o societate civilizată, modernă fără un *program de sănătate mintală* şi fără specialişti în *igiena mintală*. Numeroasele aspecte, din ce în ce mai complexe, mai diversificate, pe care le implică societatea modernă, stilul de viaţă, solicitările multiple la care este supus individul, obligaţia de a se adapta la o lume aflată într-o permanentă schimbare, înlocuirea stabilităţii modelelor socioculturale tradiţionale cu progresul rapid al unor modele socioculturale în continuă schimbare, situaţiile de criză etc. constituie numai câteva dintre formele care suprasolicită psihologic, biologic, social şi cultural omul modern. Toate acestea justifică şi impun instituirea unor măsuri de protecţie pentru sănătatea mintală prin intermediul unor programe de acţiune privind igiena mintală.

În sprijinul acestor cerinţe, se impune ca igiena mintală să ocupe un loc important în nomenclatorul profesiunilor medicale, dar şi al celor psihologice şi sociologice. Formarea specialiştilor în igiena mintală trebuie să devină o sarcină principală în învăţământul universitar medical şi psihologic.

Aceştia trebuie să aibă o pregătire plurivalentă de specialitate: medico-psihologică şi psihosocială. Aceste domenii nu pot fi separate în cazul igienei mintale, iar garanţia unor rezultate eficiente este dată de formaţia pluridimensională a viitorilor specialişti.

Medicii, psihologii şi sociologii, asistenţii sociali, educatorii care vor fi antrenaţi în programele de sănătate mintală vor avea responsabilităţi serioase. Ei nu trebuie să aibă numai o pregătire strictă de specialitate, ci, în primul rând, trebuie să fie formaţi în spiritul unei largi viziuni despre om şi societate, să înţeleagă natura dinamicii sociale, factorii care menţin sau care dezorganizează viaţa socială şi individuală. Ei au rolul de a lua decizii privitoare la adaptarea condiţiilor de viaţă, muncă, educaţie, formare profesională, planificarea familială, profilaxia bolilor psihice şi somatice, prevenirea situaţiilor de criză, dar, în egală măsură, şi de a oferi soluţii în cazurile de criză socială, la apariţia bolilor psihice, a tulburărilor de comportament şi în ce priveşte integrarea socială şi profesională a tinerilor etc.

Aceste importante responsabilităţi care le revin specialiştilor în domeniul igienei mintale trebuie sprijinite în mod activ de către stat, iar ei trebuie învestiţi cu autoritate pentru a-şi putea desfăşura activitatea în condiţii optime, cu maximum de randament.

Nivelul de dezvoltare a unei societăţi, gradul de civilizaţie a acesteia au ca indicator, printre altele, şi starea de sănătate mintală a membrilor săi. Sănătatea mintală colectivă este indicatorul stabilităţii, echilibrului şi progresului societăţii, de care va depinde însuşi viitorul acesteia. Toate acestea le revin, ca forme de acţiune practică, specialiştilor în igiena mintală, pe care fiecare stat civilizat are datoria de a-i pregăti şi a-i folosi pentru menţinerea echilibrului şi asigurarea progresului colectivităţii.

Capitolul 10

Natura schimbărilor sociale şi strategiile acţiunii de igienă mintală

1. Structura şi dinamica sociale

Orice acţiune de igienă mintală trebuie să plece de la cunoaşterea exactă şi amănunţită a „realităţii" faptelor sociale şi umane ale comunităţii către care îşi orientează intenţiile. Acţiunea de igienă mintală trebuie adaptată acestor realităţi sociale aflate într-o permanentă schimbare. Ea trebuie să corespundă *nevoilor* sau *cerinţelor* societăţii respective. Pentru a putea fi eficientă, acţiunea de igienă mintală trebuie să ţină seama de specificul societăţii, de caracteristicile structural-organizatorice şi de dinamica acestora. Un aspect important, pe care trebuie în mod absolut obligatoriu să-l aibă în vedere orice acţiune de igienă mintală, este „modelul sociocultural" al societăţii respective: mentalitatea, tradiţiile, stilul de viaţă, aspiraţiile, conduitele colective etc. ale comunităţii social-umane la care aceasta se referă şi în interiorul căreia urmează să se desfăşoare. În plus, un aspect important este reprezentat de „experienţa istorică" a societăţii date, de modalităţile de răspuns şi adaptare a acesteia la „variaţiile istorice" ale evenimentelor, la specificitatea „mecanismelor de apărare/adaptare" colective.

Orice acţiune de igienă mintală trebuie să fie conformă cu spiritul societăţii respective. Ea trebuie în mod obligatoriu să respecte sistemul de valori tradiţionale şi modelele umane ale grupurilor sociale în interiorul cărora va acţiona. Ea trebuie, de asemenea, să se integreze în sistemul de *norme valorice* şi în cel de *legi social-juridice* care organizează şi controlează atât funcţionarea instituţiilor sociale, cât şi colectivităţile umane.

Acţiunea de igienă mintală trebuie să se înscrie în rândul *măsurilor generale* de strategie a politicilor sociale cu rol de „protecţie", „intervenţie" şi „restaurare" a stării de ordine socială şi echilibru uman. Ea trebuie să răspundă „cerinţelor", atât imediate, cât şi de perspectivă, privind dezvoltarea socială. Din aceste considerente, măsurile cuprinse în acţiunea de igienă mintală trebuie să aibă un caracter permanent şi să se modeleze, cu supleţe maximă, în funcţie de nevoile circumstanţiale.

Rezultă din cele de mai sus că orice program social de acţiune de igienă mintală trebuie conceput, aplicat şi menţinut nu într-o formă rigidă, ci modelat permanent, flexibil, în funcţie de „nevoile" sociale care-l reclamă. Prin aceasta, strategiile acţiunii de igienă mintală vor avea un caracter de mobilitate istorică, adaptându-se evenimentelor sociale istorice în continuă schimbare. Din acest motiv, strategiile de igienă mintală nu se „fac" şi nici nu se „aplică" în mod rigid şi automat, ca nişte „şabloane", ci forma, conţinutul şi durata lor de acţiune sunt determinate şi aplicate în raport cu „nevoile

comunitare", iar acestea, la rândul lor, sunt dictate de natura schimbărilor social-istorice, economice, politice, cultural-morale şi religioase.

2. Schimbările sociale

Evoluţia vieţii în cetate, a vieţii sociale a comunităţilor umane presupune frecvente schimbări. Ea este caracterizată prin perioade de *progres*, de *regres* sau de *stagnare*. Istoria socială a oricărei comunităţi umane ne aduce numeroase argumente în susţinerea acestor afirmaţii.

Schimbările sociale, care influenţează în diferite moduri starea de sănătate mintală, atât cea individuală, cât şi cea colectivă, sunt atât *formale*, privind instituţiile, modelele de comunicare, relaţiile interumane, cât şi de *conţinut*, privind sistemul de valori pe care şi din care se constituie şi funcţionează instituţiile, precum şi grupurile comunitar-umane. Aşa cum spuneam, orice acţiune de igienă mintală trebuie în mod necesar, pentru a putea fi eficientă, să se adapteze în mod flexibil la schimbările sociale cu care colectivităţile social-umane se confruntă.

În evaluarea situaţiilor produse de „schimbările sociale", trebuie să avem în vedere următoarele aspecte: *cauzele*, *formele* şi *consecinţele* schimbărilor sociale. Le vom analiza în continuare.

Cauzele schimbărilor sociale

Înţelegem prin cauzele schimbărilor sociale totalitatea factorilor care modifică o stare de fapt socială specifică unor tipuri sau modele statuate ca atare, recunoscute, acceptate şi funcţionale, în raport cu care este menţinut echilibrul social şi asigurat progresul comunităţii umane respective.

Cauzele schimbărilor sociale nu trebuie considerate în mod neapărat ca având un caracter negativ. Ele pot fi atât *negative* (factori de regres, de involuţie, de stagnare, de dezorganizare şi devalorizare socială etc.), cât şi *pozitive* (factori de progres, de evoluţie, de dezvoltare, de înnoire şi revalorizare socială etc.).

Indiferent de natura lor, cauzele schimbărilor sociale presupun un „efort de adaptare", un „efort de asimilare" a schimbărilor, de acomodare a indivizilor cu *noile forme sociale*. Aceasta presupune o trecere de la „obişnuit" la „nou", o schimbare a stereotipurilor sociale, a stilului de viaţă etc. Toate aceste aspecte trebuie luate în calcul atunci când se planifică o acţiune de igienă mintală.

Formele schimbărilor sociale

Prin formele schimbărilor sociale înţelegem tipurile sau modelele de structuri sociale şi/sau de relaţii sociale diferite ca aspect comparativ cu cele existente anterior, statuate şi acceptate ca atare de către instituţii şi comunitatea social-umană şi funcţionale în interiorul acestora.

Noile „forme sociale" sunt consecinţa „cauzelor" mai sus menţionate. Ele apar ca urmare a evoluţiei şi prefacerilor istorice atât ale societăţii, cât şi ale comunităţilor de

indivizi şi privesc instituţiile, mentalitatea, conduitele şi acţiunile. Acestea se caracterizează din punct de vedere formal prin structurile statal-instituţionalizate, în formele sau tipurile stabilite de legi, în modelele puterii executive etc. Impactul lor asupra dinamicii sociale este direct şi imediat, iar măsurile de igienă mintală care se impun sunt direct proporţionale cu natura şi formele schimbărilor.

În ceea ce priveşte formele sau tipurile de schimbări sociale, cu efecte asupra stării de sănătate mintală a comunităţilor umane, acestea pot fi: lente sau progresive; bruşte, brutale şi zgomotoase; periodice, cu caracter de „înnoiri" sau de „regres", de „reforme sociale"; sub formă de „crize sociale" etc.

Consecinţele schimbărilor sociale

Înţelegem prin consecinţele schimbărilor sociale totalitatea efectelor, atât a celor cu semnificaţie pozitivă, cât şi a celor cu semnificaţie negativă, care influenţează structurile sociale, dinamica vieţii social-comunitare şi, în final, starea de sănătate mintală a grupurilor umane. Aceste aspecte vizează în mod direct strategiile acţiunii de igienă mintală colectivă. Aceste consecinţe imediate sau tardive privesc:

- schimbarea structurilor de organizare socială;
- schimbarea instituţiilor;
- schimbarea relaţiilor interumane, a modelelor de comunicare;
- schimbări de comportament, acţiuni;
- schimbarea gusturilor şi a sensibilităţii;
- schimbarea modelelor de gândire, a aspiraţiilor şi idealurilor;
- schimbarea oamenilor, a profilului sufletesc, moral şi social al generaţiilor.

3. Efectele schimbărilor sociale asupra sănătăţii mintale

Aşa cum decurge din cele mai sus prezentate, orice schimbare socială, indiferent de faptul că are un caracter pozitiv sau unul negativ, presupune un efort special, o suprasolicitare fie a „mecanismelor de apărare", în cazul schimbărilor cu caracter negativ, fie a „mecanismelor de adaptare", în cazul schimbărilor cu caracter pozitiv. Indiferent însă de natura acestor schimbări, ele vor afecta în mod direct, imediat sau tardiv, stilul de viaţă, de comportament, de activitate şi gândire sau, altfel spus, starea de sănătate mintală a grupurilor social-umane.

În ce constau aceste schimbări şi care sunt efectele lor? Aşa cum spuneam, ele sunt de două feluri, fiecare având caracteristici şi urmări proprii, după cum se poate vedea mai jos.

a) *Efectele imediate* ale schimbărilor sociale asupra stării de sănătate mintală se pot manifesta prin:
   - nevroze şi stări reactive;
   - conduite de refugiu (alcoolism, consum de droguri, migraţii populaţionale);
   - conduite delictuale antisociale;
   - conduite de dependenţă socială.

b) *Efectele tardive* ale schimbărilor sociale asupra stării de sănătate mintală se pot manifesta prin:
   - schimbarea treptată a conduitelor şi acţiunilor umane;
   - schimbarea gusturilor şi a sensibilităţii, a preferinţelor;
   - schimbarea modelelor de comunicare;
   - schimbarea mentalităţilor, a atitudinilor faţă de viaţă, de lume şi de propria persoană;
   - adoptarea unor noi forme de identitate.

Toate aspectele mai sus menţionate impun adoptarea, aşa cum vom arăta în continuare, a unor strategii speciale de acţiune de igienă mintală de factură protectivă, preventivă, protectoare sau de restaurare/recuperare.

4. Strategiile acţiunii de igienă mintală în raport cu schimbările sociale

Acţiunea de igienă mintală nu este o activitate singulară. Ea trebuie să se înscrie în programul complex de măsuri de protecţie socială, de păstrare şi promovare ale stării de sănătate generală a populaţiei, cu valoare de progres şi echilibru. Aceasta este cu atât mai necesar cu cât de starea de sănătate în general şi de cea de sănătate mintală în special depind atât echilibrul, cât şi progresul social ale cetăţii.

O societate modernă, civilizată, ajunsă la un nivel complex al dezvoltării sociale, trebuie să-şi pună în mod serios şi cu prioritate problema asigurării stării de sănătate mintală a membrilor ei. Aceasta impune adoptarea unor „strategii" de acţiune de igienă mintală. Deşi s-a mai vorbit despre acest aspect şi vom reveni asupra lui, vom contura, în cele ce urmează, principalele „sarcini" cu caracter de „strategii de acţiune practică" ce revin *programului de igienă mintală* în condiţiile speciale impuse de schimbările sociale. În sensul acesta, orice program de igienă mintală va trebui să surprindă în mod obligatoriu câteva aspecte principale, aşa cum se poate vedea în cele de mai jos.

a) *Planificarea evoluţiei sociale* trebuie să ţină seama de potenţialul uman, de resursele de care dispune comunitatea umană, de capacităţile acesteia, de profilul sufletesc şi moral al membrilor societăţii, de atitudini, de experienţa istorică şi socială a comunităţii umane.
b) Schimbările sociale şi istorice presupun o *pregătire specială a oamenilor*, în vederea adaptării acestora la schimbări, a asimilării factorilor de schimbare, a evitării stresului (factorilor psihotraumatizanţi), a păstrării stării de sănătate mintală. În sensul acesta, programele de acţiune de igienă mintală vor trebui ca, după o prealabilă evaluare probabilistică a schimbărilor care urmează să se producă, să instituie, ca forme de pregătire, următoarele:
   - măsuri de educaţie specială;
   - modele de viaţă adecvate, cu caracter deschis;
   - introducerea unor noi forme de comunicare, de relaţionare interpersonală;
   - noi modele de conduite, acţiuni.

c) Se va căuta, pe cât posibil, ca „schimbările sociale" să fie introduse treptat, ţinute sub control riguros, permanent, pentru a se putea preveni în felul acesta „şocul schimbării", situaţiile conflictuale, situaţiile cu caracter psihotraumatizant pentru starea de sănătate mintală colectivă, nevrozele, conduitele protestatare, de refugiu, actele antisociale etc.
d) În acţiunea de igienă mintală, un rol esenţial revine instituţiilor sociale şi mass-media. Acestea vor avea rolul de „introducere treptată" a schimbărilor sociale, care trebuie percepute ca „reforme" pozitive menite să reflecte expresia progresului, şi nu „criza socială". Reformele trebuie percepute ca fiind ceva necesar şi util, nu ca nişte „situaţii impuse", cu caracter ostil, negativ.
e) Strategiile acţiunii de igienă mintală, pentru a putea fi acceptate şi integrate social şi uman, trebuie să aibă o semnificaţie valorică pozitivă. Ele trebuie să corespundă unor „nevoi" şi „cerinţe" ale societăţii şi ale comunităţilor umane, constituind o stare firească de fapt datorată evoluţiei social-istorice a cetăţii.
f) Trebuie evitată, în aceste situaţii de schimbări sociale, care pot avea uneori un caracter de „criză socială" (politică, economică, psihologică, culturală, moral-religioasă etc.), acţiunea unor „modele negative" ce cultivă „antivalori" sau „valori străine" comunităţii umane respective, diferite de evoluţia sa istorică socioculturală şi de tradiţiile şi experienţa sa anterioară. Acestea pot exercita efecte marcat negative, care duc la manifestări antisociale, stări de anomie, psihoze colective etc.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că acţiunea de igienă mintală se prezintă ca una dintre cele mai importante în cadrul programelor de planificare şi acţiune de protecţie socială complexă. Ea priveşte, prin acţiunea de protejare şi dezvoltare a stării de sănătate mintală, progresul societăţii, starea de sănătate colectivă a acesteia, ca o garanţie a stabilităţii şi dezvoltării sociale şi istorice ale cetăţii şi ale comunităţii umane.

Secţiunea a II-a

Igiena mintală individuală

Capitolul 11

Psihoigiena individuală (I)

1. Psihoigiena individuală

Igiena mintală individuală sau a persoanei urmăreşte dezvoltarea, păstrarea şi promovarea stării de sănătate mintală individuală, concentrându-şi atenţia asupra sistemului personalităţii umane globale, ca domeniu de referinţă şi acţiune directă a sa (X. Abely şi J. Lauzier, L. Bellak, M. Bates, A.J. Bindmann şi A.D. Spiegel, O. Bumke, J.A. Clausen, H. Carrol, G. Caplan, H. Grunebaum, L. Levi, M.K. Opler).

Igiena mintală a persoanei vizează dezvoltarea armonioasă şi echilibrată a personalităţii individului, adaptarea optimă a acestuia la condiţiile mediului său ecologic, social şi familial, încadrarea sa în grupul comunitar şi profesional, dezvoltarea încrederii în sine, formarea unor relaţii interpersonale pozitive, care să confere personalităţii lui o dinamică normală.

Această ramură a igienei mintale cuprinde măsuri de natură profilactică, vizând evenimentele psihotraumatizante din cursul vieţii, factorii stresanţi capabili să ducă la dezechilibre psihice şi care ar putea afecta direct starea de sănătate mintală a individului.

Punând astfel problema, *igiena mintală* se înfăţişează ca un fel particular de *psihiatrie preventivă*, care – prin intermediul unor măsuri de psihoprotecţie a personalităţii individuale – protejează sănătatea mintală, oferindu-i soluţiile unui confort psihic care să-i asigure adaptarea la mediu, conferind satisfacţii, încredere în sine, prestigiu şi transformând individul într-un element activ al comunităţii social-umane. Din această perspectivă, două sunt sarcinile practice ale igienei mintale individuale: *dezvoltarea ortopsihică a persoanei* şi *acţiunea psihoprofilactică*.

a) *Dezvoltarea ortopsihică a persoanei* implică măsuri de ordin medical, medico-psihologic, medico-social şi medico-pedagogic, urmărind obţinerea unor rezultate pozitive pentru creşterea şi dezvoltarea individului. În această privinţă, au o valoare deosebită măsurile de educaţie, dirijarea judicioasă a dezvoltării şi formării personalităţii copilului, evitarea traumelor emoţional-afective, a carenţelor sau frustrărilor din copilărie, integrarea pozitivă a copilului în mediul familial, premisă a viitoarei integrări sociale.
b) *Acţiunea psihoprofilactică* nu implică neapărat aspecte patologice. Ea cuprinde totalitatea măsurilor de ordin psihopedagogic, medico-psihologic şi medico-pedagogic legate de anumite etape ale dezvoltării personalităţii. O importanţă deosebită revine crizelor de dezvoltare ale individului (pubertatea şi adolescenţa) sau crizelor de involuţie (menopauza şi andropauza). Aceste etape de tranziţie de la un stadiu

psihobiologic la altul sunt marcate de „crize de schimbare", care pot influenţa uşor în sens negativ starea de sănătate mintală a persoanei.

Prin scopurile pe care şi le propune, *igiena mintală individuală* se apropie de *igiena mintală colectivă*, deoarece, în final, ambele urmăresc eradicarea factorilor morbigenetici şi cultivarea condiţiilor de sanogeneză, atât în cazul individului, cât şi în cel al comunităţilor social-umane. În egală măsură, sănătatea mintală individuală este condiţia fundamentală a unei stări de sănătate mintală comunitară normale.

2. Instinctele şi motivaţia comportamentală

Un aspect important de care se ocupă igiena mintală individuală îl reprezintă sfera instinctelor şi a comportamentului, aberaţiile acestora, precum şi măsurile de psihoigienă ce se impun în vederea dirijării lor adecvate sau a corectării lor, în cazurile în care apar tulburări ce ameninţă sănătatea mintală a individului.

Instinctele grupează pulsiunile, trebuinţele, tendinţele, totalitatea actelor reflexe automate şi inconştiente cu care individul se naşte şi care poartă amprenta tipului caracterial al personalităţii acestuia. S. Freud pune instinctele la baza vieţii psihice, acordând cea mai mare importanţă instinctului sexual. A. Adler vorbeşte despre tendinţele sau instinctele orientate către putere, către voinţa de afirmare şi dominare a individului, valorificând în acest sens aspectul lor psihosocial.

Ne vom referi, în continuare, la aspectul cel mai important din punct de vedere psihologic, psihiatric şi social al vieţii instinctive a individului, reprezentat de *agresivitate*. Aceasta se află în raport direct şi imediat cu acţiunea de igienă mintală.

Problema agresivităţii a fost studiată de numeroşi specialişti, care au scos în evidenţă importanţa acesteia (S. Freud, A. Adler, K. Meu.. ger, A. Freud, G. Tarde, C. Lombroso, M. Guttmacher, Y.A. Michaud). Pentru A. Porot, de pildă, agresivitatea este una dintre trăsăturile fundamentale ale comportamentului oricărei fiinţe. Ea îi permite organismului să folosească ceea ce-l înconjoară pentru satisfacerea nevoilor esenţiale ale vieţii. Acelaşi autor menţionează că, în cazul individului adult, agresivitatea poate avea două aspecte:

a) *agresivitatea constituţională*, manifestată printr-un temperament impulsiv şi violent, întâlnită de regulă la temperamentul epileptic sau paranoic, dar şi în cazul perverşilor dezechilibraţi şi în cel al mitomanilor agresivi;
b) *agresivitatea dobândită* sau accidentală, legată de anumite stări psihopatologice speciale, cum sunt: impregnarea alcoolică, encefalopatiile posttraumatice sau postinfecţioase, agresivitatea din cursul evoluţiei unor psihoze endogene (schizofrenia, delirul halucinator cronic, delirurile erotomaniace, delirul de prejudiciu din demenţa senilă, delirul de persecuţie sau erotic al alcoolicilor cronici).

În sfera instinctuală a personalităţii, direcţiile de exteriorizare comportamentală sunt de două feluri: *conservarea* şi *agresivitatea*. Conduitele instinctive de tip conservator sunt şi ele de două feluri: de tip *narcisic* sau de autoconservare şi de tip *altruist* sau de heteroconservare, individuale ori sociale.

Conduitele instinctive de tip agresiv, cu caracter deviant, sunt tot de două feluri: de tip *masochist* sau de autoagresivitate, individuale ori sociale (homosexualitatea, stările

ipohondriace, refuzul alimentar, automutilările, suicidul), şi de tip *sadic* sau de heteroagresivitate, individuale ori sociale (hipersexualitatea, mizantropia, cleptomania, violenţele corporale, homicidul). În cazul agresivităţii, trebuie să se aibă în vedere două aspecte principale: agresivitatea îndreptată către sine sau *autoagresivitatea* şi agresivitatea îndreptată către comunitatea umană sau *heteroagresivitatea* (K. Menninger, A. Camus, E. Stengel şi N.G. Cook, H.L.P. Resnik, E. Ringel, A.L. Kobler şi E. Stotland, E. Durkheim, M. Halbwachs, H.F. Hanry şi J.F. Shorth, W. Pöldinger, P. Moron, J.Cl. Chesnais, J. Baechler, St. Somogyi, C. Enăchescu şi V. Dragomirescu). Asupra conduitelor deviante de tip agresiv vom reveni când vom analiza devianţa şi sociopatiile.

Un alt aspect la fel de important, legat direct de starea de sănătate mintală, îl reprezintă *comportamentul* individului.

A. Porot distinge două accepţiuni pentru comportament: în sens psihofiziologic, comportamentul trebuie considerat o succesiune şi o îmbogăţire progresivă de reflexe condiţionate, iar în sens mai general, el ne apare ca maniera de a fi şi de a reacţiona a unui subiect în viaţa curentă sau în prezenţa unor circumstanţe particulare; în acelaşi timp, conduita sau comportamentul reprezintă pe plan social atitudinea unui subiect faţă de obligaţiile sale morale.

Pentru P. Brânzei, Gh. Scripcaru şi T. Pirozynski, comportamentul implică „manifestări diferite în raport cu situaţiile în care se găseşte persoana. Comportamentul nu este numai un şir de reacţii provocate de stimuli, ci o activitate complexă, determinată biopsihosocial, prin care persoana umană îşi reglează relaţiile sale cu mediul".

J. Masserman consideră comportamentul uman o manifestare dinamică a vieţii psihice, o formă de desfăşurare exterioară a personalităţii umane. Acesta reprezintă latura biodinamică a personalităţii, idee la care aderă şi G. Abraham, I. Szondi, P. Brânzei. J. Masserman pune la baza comportamentului patru principii fundamentale, şi anume: principiul *motivaţiei*, principiul *mediului*, principiul *substituţiei* şi principiul *conflictului*.

După S. Freud şi J. Masserman, dinamica adaptării personalităţii este legată de *mecanismele de apărare ale Eului*, în acest sens având un rol important următoarele procese: angoasa, supresiunea, represiunea, formarea reacţională, sublimarea, formarea unor idei bizare, refuzul morţii.

Când mecanismele de adaptare ale personalităţii eşuează, comportamentul ia o formă aberantă, de tip deviant sau chiar psihopatologic (J. Masserman, G. Abraham, C. Enăchescu şi V. Dragomirescu).

Noi am preferat să grupăm tulburările de comportament în trei tipuri: *sociopatic*, *psihopatologic* şi *mixt*.

a) *Tulburările de comportament de tip sociopatic* au în primul rând caracter de devianţă, fiind abateri de la normele de conduită socială, etică sau juridică, cu implicaţii asupra membrilor comunităţii sau instituţiilor sociale de care este legat individul sociopat. Indivizii din această categorie sunt răspunzători, sub aspect social-juridic, de faptele lor cu caracter antisocial. În cadrul tulburărilor de comportament de tip sociopatic am inclus următoarele: *vagabondajul*, *cleptomania*, *piromania*, *mitomania*, cazurile de *dezorganizare familială* sau de *grup social*, *violul*, *vătămările corporale*. Acest tip de comportament se caracterizează prin incapacitatea individului de a se adapta la mediul social şi normele acestuia, ceea ce are implicaţii antisociale de tip delictual.

b) *Tulburările de comportament de tip psihopatologic* au un net caracter morbid şi, în toate situaţiile, se datorează unei alterări primare a personalităţii, a stării de sănătate mintală, ele fiind, de fapt, expresia socială a acestor manifestări morbide ale individului. În cadrul acestui tip de manifestări includem următoarele: *fugile patologice*, *perversiunile sexuale*, *tulburările de comportament* din cursul psihozelor, *tulburările de comportament* ale psihopaţilor, *suicidul*, *actele criminale*.

c) *Tulburările de comportament de tip mixt* sunt acele forme în care coexistă o componentă psihopatologică şi una de ordin sociopatic. În acest caz, manifestarea comportamentală majoră externă este net sociopatică, dar ca să se poată produce e necesar un anumit teren psihopatologic latent, favorizant, pe care se grefează aceste manifestări sociopatice. Cele mai tipice forme din această categorie le reprezintă toxicomaniile şi alcoolismul.

Având în vedere aceste aspecte deosebit de importante pe care le prezintă tulburările de comportament, se impune instituirea unor măsuri de psihoigienă adecvate, care constau în:

- măsuri de psihoigienă a copilului, vizând atenuarea agresivităţii şi convertirea acesteia în acţiuni şi conduite pozitive;
- formarea unui comportament social adecvat prin măsuri cu caracter psihopedagogic;
- acordarea unei atenţii deosebite crizelor de dezvoltare psihobiologică, în special celor legate de pubertate şi adolescenţă, care pot duce la formarea unor conduite de tip deviant agresiv sau antisocial sociopatic;
- educaţia sanitară privind normele de viaţă, de stimulare, conservare şi dezvoltare a unei stări de sănătate mintală optimă; protejarea individului în mediul familial, social şi profesional, prin evitarea contactelor cu indivizi sociopaţi, evitarea sau corectarea imitaţiei unor forme de comportament de tip aberant;
- lupta antialcool şi antidrog, prin măsuri de igienă mintală şi protecţie socială;
- măsuri cu caracter curativ, medico-psihiatric, în cazul existenţei unor tulburări comportamentale, cura de dezalcoolizare, supravegherea dispensarizată etc.;
- organizarea unor centre de educare şi supraveghere a minorilor delincvenţi care au tulburări psihice;
- încadrarea acestei categorii de indivizi în activităţi socioprofesionale în raport cu starea de deficienţă psihică pe care o prezintă;
- controlul medico-psihiatric periodic al bolnavilor psihic, cu precădere a celor cu un potenţial agresiv antisocial crescut.

3. Viaţa afectivă

Sfera vieţii afective are un rol important în edificarea şi menţinerea unei stări de sănătate mintală optimă pentru persoană. De aceasta depinde adaptarea individului la mediu, reacţiile sale faţă de evenimentele vieţii trăite, legate de mediul fizic, social, cultural, familial, profesional-şcolar.

În general, sunt admise două categorii de factori care pot determina apariţia unor tulburări afective: *factorii exogeni*, aparţinând mediului extern, şi *factorii endogeni*, intrapsihici, proprii subiectului.

a) *Factorii exogeni* pot declanşa tulburări afective printr-o acţiune psihotraumatizantă ideo-afectivă de tip conflictual, ducând la apariţia unor reacţii individuale diferite ca intensitate, durată şi importanţă (H. Selye, J.E. McGrath, M.H. Appley şi R. Trumbull, R.S. Lazarus, P. Bugard, W. Vogel, S. Raymonds). Factorii stresanţi exogeni pot fi sociali, familiali, profesionali sau culturali, ducând la dificultăţi de adaptare sau chiar la inadaptarea individului şi la stări conflictuale.

b) *Factorii endogeni*, individuali sau psihogeni, care pot determina tulburări afective, depind de un anumit teren psihobiologic individual, ce în anumite condiţii circumstanţiale de viaţă duce la apariţia acestui tip de tulburări. Tulburările afective de tip endogen variază ca intensitate şi durată, putând avea o evoluţie clinică periodică sau continuă. Ele se pot manifesta din punct de vedere clinico-psihiatric fie ca tulburări „în plus" (hipertimii, stări maniacale), fie ca tulburări „în minus" (hipotimii, stări depresive, melancolie).

În oricare dintre situaţiile de mai sus, tulburările afective antrenează o modificare profundă a stării de sănătate mintală a individului, cu un aspect polimorf: stări de nelinişte intrapsihică pe care bolnavul nu le poate lega de o anumită cauză, crize anxioase, stări de angoasă, suferinţe fizice sau somatice rău definite, apatie, dispoziţie tristă, plâns, depresie, deznădejde, la care se asociază idei sumbre, pesimiste, izolarea de lume şi dezgustul faţă de viaţă, fenomene ce pot merge până la refuzul alimentar sau chiar tentative de suicid.

În cazul acesta se impun măsuri de igienă mintală, fie de tip curativo-psihiatric, fie de ordin psihoprofilactic, în sensul următor:

- măsuri psihopedagogice privind dezvoltarea emoţional-afectivă a copiilor;
- evitarea conflictelor, a traumatismelor psihoemoţionale, a carenţelor şi frustrărilor afective, în special la vârsta copilăriei sau la pubertate, adolescenţă şi menopauză, cu consecinţe importante asupra stării de sănătate mintală;
- evitarea formării unor complexe ideo-afective sau eliminarea acestora în cazul existenţei lor;
- crearea unui climat psihologic protector emoţional, echilibrat şi stimulant în familie, în mediile şcolare şi profesionale, în comunitate;
- evitarea factorilor de suprasolicitare emoţională;
- evitarea conflictelor emoţionale în familie;
- evitarea de către individ a situaţiilor de inferioritate, de presiune sau de frustrare, un regim de viaţă regulat, ordonat, fără excese sau suprasolicitări şi alternarea activităţii cu perioade de repaus;
- respectarea programului de somn;
- evitarea consumului de psihostimulante (cafea, droguri, euforizante, alcool etc.);
- depistarea precoce şi instituirea unor măsuri de terapie şi psihoprofilaxie a tulburărilor afective şi, în special, a ideilor sau tentativelor de suicid;
- dispensarizarea bolnavilor psihic cu afecţiuni afective şi controlul periodic al acestora, cu administrarea tratamentului corespunzător;
- un regim de muncă protejat, reducerea efortului fizic sau intelectual, a încordării psihice sau a solicitării emoţional-afective.

4. Psihoprofilaxia personalităţii

Sistemul complex al personalităţii umane, structurat biopsihosocial, în relaţie cu mediul fizic extern, social, familial, profesional-şcolar, cultural, constituie unul dintre aspectele esenţiale vizate de acţiunea de igienă mintală individuală.

Factorii exogeni sau endogeni mai sus amintiţi pot duce, în anumite circumstanţe, la perturbaţii ale sistemului personalităţii. Deosebit de vulnerabile sunt perioada copilăriei, adolescenţa, menopauza. În aceste condiţii, se pot dezvolta tulburări psihice variate, după cum urmează: stări psihopatice, nevroze infantile, tulburări de comportament, complexe ideo-afective, afecţiuni psihotice, devianţe de tip sociopatic etc.

Pentru evitarea acestor aspecte neplăcute, măsurile de psihoprofilaxie trebuie instituite încă din perioada copilăriei. Ele vizează dezvoltarea ortopsihică a individului într-un mediu familial, şcolar şi profesional adecvat, echilibrat, sanogenetic şi protector. Aceste măsuri au un caracter medico-social şi psihopedagogic bazat pe o concepţie dinamică a personalităţii.

Mediul extern poate acţiona asupra personalităţii prin factorii săi exogeni, fie în sens sanogenetic, stimulând şi dezvoltând sănătatea mintală, fie dimpotrivă, morbigenetic, în sensul deteriorării acesteia şi apariţiei bolii psihice (P. Bugard, L. Levi, R.S. Lazarus, C. Enăchescu).

Faţă de aceste aspecte de o mare varietate şi complexitate, care invalidează individul, se impune acţiunea energică de igienă mintală. Aceasta constă în:

- măsuri de educaţie corecte pentru evitarea dezvoltării unor conduite aberante, acordându-se o atenţie deosebită perioadelor de criză psihobiologică;
- o alimentaţie echilibrată, programe de odihnă şi distracţii, somn regulat, mişcare;
- evitarea consumului de droguri, lupta antialcoolică, supravegherea administrării medicamentelor psihotrope, cu explicarea în masa populaţiei a riscurilor acestora;
- educaţia sanitară pe problemele de sănătate mintală şi de adaptare complexă a individului în societate, familie sau profesiune;
- amenajarea locului de muncă, organizarea programului de activitate profesională, raţionalizarea sarcinilor de muncă în raport cu posibilităţile individuale, cu pregătirea profesională, vocaţia, aptitudinile existente;
- normarea echilibrată a timpului de muncă;
- dezvoltarea unor relaţii pozitive între indivizii comunităţii sociale, în familie sau la locul de muncă;
- depistarea precoce a bolilor psihice şi instituirea imediată a unui tratament adecvat, spitalicesc sau ambulatoriu;
- dispensarizarea bolnavilor psihic şi controlul periodic de specialitate.

Acţiunea de igienă mintală se desfăşoară în trei etape:

a) *psihoprofilaxia*, care acţionează asupra cauzelor, a factorilor stresanţi, atenuând sau chiar împiedicând acţiunea lor psihotraumatizantă asupra individului; ea are două aspecte: *profilaxia nespecifică* sau medico-socială (în familie, la locul de muncă, în colectivităţile şcolare, în comunitatea umană); *profilaxia specifică* sau psihoindividuală (un regim de viaţă şi de muncă protejat, satisfacţii materiale şi morale);

b) *intervenţia*, care este etapa terapeutică şi se adresează persoanei în condiţiile apariţiei şi evoluţiei clinice a bolii mintale, căutându-se suprimarea acesteia prin mijloace terapeutice (terapie biologică, psihoterapie, socioterapie); ea se prezintă sub trei forme: *terapia intraspitalicească*; *terapia semiambulatorie*; *terapia ambulatorie*;

c) *postintervenţia* sau etapa recuperatorie, care acţionează asupra efectelor psihice, a stării de deficienţă psihică postprocesuală, căutând să compenseze consecinţele bolii şi să readucă individul, printr-o readaptare complexă, la modul normal de viaţă; se utilizează în acest sens postcura sanatorială, *„milieu thérapie"*, protecţia familială, condiţiile de muncă protejată, controalele periodice de specialitate şi tratamentul de întreţinere pentru prevenirea recăderilor, reprofesionalizarea etc.; postinterveţia are două aspecte: *recuperarea nespecifică sau medico-socială*; *recuperea specifică sau individuală*.

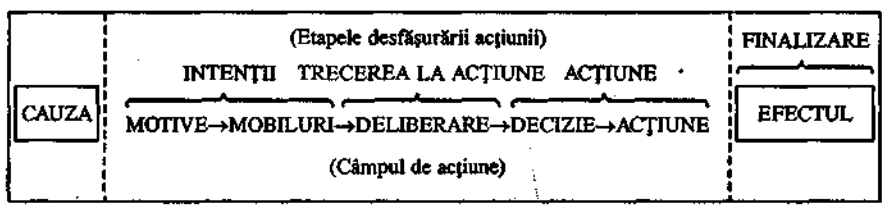
Capitolul 12

Psihoigiena individuală (II)

1. Activitatea

Prin *activitate* înţelegem actul sau seria de acte psihice orientate conştient şi voluntar, previzibil şi intenţional, în sensul realizării individuale a unui scop propus de individ, fie că se referă la o nevoie a sa, fiziologică sau psihologică, fie că este vorba despre o activitate utilă pentru grupul comunitar uman căruia acesta îi aparţine (C. Enăchescu).

La baza oricărei activităţi se află o motivaţie ideo-afectivă care condiţionează declanşarea actului respectiv. Ea depinde de atitudinea şi de nivelul de pregătire ale individului, de aptitudinile acestuia şi de interesul manifestat de el pe tot parcursul desfăşurării acţiunii. Orice activitate se desfăşoară în raport cu un anumit nivel de aspiraţii, care-i conferă originalitate şi o anumită valoare calitativă în conţinut sau în rezultate, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos.



Referitor la activitate, deosebim mai multe elemente care intră în componenţa acesteia: motivul acţiunii, sarcina şi ritmul desfăşurării acesteia, scopul urmărit a fi realizat. Legat de ritm este timpul sau durata necesară realizării acţiunii respective, de îndeplinire a sarcinii, pe care individul şi-o propune spre realizare sau care îi este încredinţată.

Activitatea reprezintă ansamblul de manifestări psihomotorii ale unui subiect, considerate din punctul de vedere al *forţei*, *cadenţei* şi *eficacităţii* lor (A. Porot).

Activitatea are următoarele caracteristici:

a) *forţa*, reprezentând potenţialul dinamic al indivizilor, hiper- sau hipostenia; la un acelaşi individ putem asista la variaţii de potenţial care pot merge de la pasivitate la stupoare şi de la exuberanţă la agitaţie;
b) *cadenţa* sau ritmul activităţii, care poate fi de tip încetinit (depresie, schizofrenie), periodic sau intermitent (PMD), succesiv (PMD) sau circular (ciclotimici) ori de tip accelerat (beţia alcoolică);

c) *eficienţa*, în sensul că activitatea poate fi: coordonată; adaptată unui scop; ordonată în raport cu anumite motive.

Unele activităţi pot avea un caracter diferit de cele mai sus menţionate, fiind: *dezordonate*; *dispersate*; *incoerente*; *ineficiente*; *discordante*.

2. Tipurile de activitate

În ceea ce priveşte clasificarea tipologică a activităţii, există mai multe variante. În general, din punct de vedere psihologic, sunt recunoscute două mari tipuri de activitate: *hipersienia* şi *hipostenia*.

a) *Hiperstenia* constă în creşterea tensiunii psihice, exprimată printr-o activitate ideativă vie şi susţinută, o încărcare afectivă puternică şi un comportament dinamic. Ea este constituţională în cazul temperamentelor foarte active şi compatibilă cu un mod de viaţă normal, în măsura în care respectă structura şi ordinea mintale şi nu tulbură armonia mediului. Este tipul de activitate specific personalităţilor extravertite. În patologie, ea însoţeşte constituţia paranoică, având adesea un caracter de periculozitate. Se întâlneşte în cazurile de delir mai mult sau mai puţin sistematizat, însoţind, de regulă, stările paranoiace. Acest tip de activitate reprezintă suportul dezvoltării hipomaniei şi al stărilor de agitaţie dezordonată ale maniei propriu-zise.
b) *Hipostenia* constă în scăderea tensiunii psihice, exprimată prin încetinirea fluxului gândirii, diminuarea tonusului afectiv şi o inhibiţie mai mult sau mai puţin accentuată a dinamicii comportamentale. Se observă o „astenie constituţională", în special la personalităţile introvertite sau la cele de tip schizoid net. În patologie, hipostenia favorizează dezvoltarea stărilor depresive, a neurasteniilor, depresiilor secundare, depresiilor melancoliforme periodice, caz în care poate lua forma izolării, inactivităţii cu închidere în sine (schizofrenie) sau a resemnării inerte.

Tipurile de activitate se mai clasifică şi după obiectul acesteia. În sensul acesta reţinem următoarele:

a) *activitatea şcolară* de instruire şi formare intelectuală, de deprindere a unor cunoştinţe şi activităţi, de învăţare a unor comportamente;
b) *activitatea profesională*, ce se exercită într-un anumit domeniu implicând cunoştinţe şi deprinderi de specialitate, pe care individul le foloseşte în scopul realizării anumitor programe, cu rezultate practice sau teoretice;
c) *activitatea creatoare*, constând în producerea de lucrări noi, inedite, cu o anumită valoare, îmbogăţind prin aceasta anumite domenii; ea are originalitate, stil şi unicitate;
d) *activitatea liberă* sau activitatea nelegată în mod obligatoriu de un anumit program, de o anumită tematică sau de un scop precis;
e) *activitatea ludică* sau activitatea axată pe joc, pe distracţii şi recreere, implicând destindere şi un anumit gen de antrenament.

Opusul activității îl reprezintă *inactivitatea*. Ea constă în diminuarea – până la completa suspendare – a oricărei forme de activitate. Aceasta se prezintă sub mai multe aspecte:

a) *inactivitatea biologică* (sau somatică), ce apare de regulă la persoanele lipsite de un anumit gen de stimulare sau de antrenament pentru activitate; ea poate fi și consecința unei stări de oboseală fizică, asociată cu senzații de durere sau de greutate resimțită la nivelul masei musculare, cenestezii penibile etc.; inactivitatea biologică poate apărea în insuficiența suprarenaliană, miastenie, stările de convalescență postgripală, stările postinfecțioase, posthepatice, carențe vitaminice (pelagră), intoxicații cronice (uremie) etc.;
b) *inactivitatea psihică* (sau starea de epuizare psihică), ce se poate manifesta prin următoarele aspecte sau poate fi legată de circumstanțe variate, cum ar fi: suprasolicitarea nevrotică; epuizarea emoțională (J. Dejerine); conflicte sau traume nevrotice; epuizarea cauzată de refulările instinctuale (S. Freud); frustrări repetate (Fenichel); epuizarea psihică din cursul psihasteniei (P. Janet); în stările de debut al unor boli psihice (demență senilă, neurosifilis, schizofrenie, melancolie, stări ipohondriace etc.);
c) *inactivitatea socială*, care este inactivitatea impusă în cursul unor situații de tipul: pensionare; șomaj; activități parțiale sau temporare; activități sezoniere; inactivitatea socială se poate datora și lipsei de calificare profesională sau școlară, absenței locului de muncă, crizelor social-economice cu restrângerea activităților sociale și profesionale, existenței unor boli invalidante sau a unor deficiențe ce împiedică desfășurarea activității;
d) *inactivitatea mixtă* sau tipul complex de inactivitate în care sunt incluse toate formele de inactivitate: biologică, psihologică și socială.

Activitatea este un fapt util pentru organism și pentru starea de sănătate mintală, constituind un stimulent al acesteia din urmă. Spre deosebire de ea, inactivitatea are consecințe extrem de negative (cu forme și intensități diferite).

Consecințele inactivității pot fi: *biologice*, de ordin fiziologic sau metabolic; *psihice*, de natură emoțional-afectivă, comportamentale și chiar de tip caracterial; *sociale*, reprezentate prin izolare, deprofesionalizare, dificultăți de ordin economic; *profesionale*, legate de inactivitatea profesională, modificarea profilului profesional, schimbarea locului de muncă, a condițiilor de muncă, retehnologizări etc.; *morale*, care implică o afectare, o alterare a imaginii de sine, a sentimentului propriei valori, impresia inutilității și a marginalizării, cu consecințe uneori deosebit de grave pentru sănătatea mintală a individului.

Atât activitatea, cât și inactivitatea sunt strâns legate de aptitudinile persoanei, în sensul că activitatea optimă este cea care se desfășoară în concordanță cu aptitudinile, aspirațiile și gusturile persoanei respective. Aceasta trezește interes și stimulează persoana.

Inactivitatea este legată de desfășurarea unor activități de care subiectul nu e atras, pentru care îi lipsesc aptitudinile sau nu este instruit. În acest caz, lipsește orice fel de motivație pentru activitate, aceasta, în condițiile în care este efectuată contrar aptitudinilor și voinței individului, putând constitui un veritabil factor morbigenetic, cu consecințe serioase în ceea ce privește starea de sănătate mintală.

Alt aspect, la fel de important, privind atât *activitatea*, cât și *inactivitatea* (ambele raportate la starea de sănătate mintală), îl reprezintă *adaptarea*. Orice activitate implică o adaptare a subiectului, o ajustare a comportamentului acestuia (în raport cu motivațiile sale și scopul propus) la obiectul activității și rezultatele sale.

În situația în care acestea sunt realizate, existând o concordanță între activitate și obiectul ei, se ajunge la o adaptare a individului cu efecte pozitive pentru starea sa de sănătate mintală.

3. Efectele suprasolicitării prin activitatea prelungită

O activitate corect desfășurată ca ritm și având rezultate finale pozitive, acceptată de societate și considerată un succes pentru individ produce satisfacție și favorizează o adaptare corectă și prețuirea acestuia de către societate, aspecte care favorizează starea de sănătate mintală. Cu toate acestea, pot interveni o serie de factori cu acțiune morbigenetică, ce, influențând negativ modul de desfășurare al activității, ar putea să ducă la adaptări ale individului, la eșecuri sau situații conflictuale cu consecințe serioase asupra stării de sănătate mintală.

Elementul cel mai important în această privință, deosebit de frecvent întâlnit și având implicații imediate asupra stării de sănătate mintală, menționat de majoritatea specialiștilor, este reprezentat de *suprasolicitare* (P. Bugard, P. Brânzei, R. Bastide, R. Dubos, R.S. Lazarus, L. Lévi, C. Enăchescu).

Suprasolicitarea apare, de cele mai multe ori, ca o consecință a factorilor externi, dar în unele situații impusă și de individul însuși, constând în creșterea sarcinii de realizat, forțarea ritmului și a duratei de activitate peste posibilitățile reale psihobiologice și psihosocioprofesionale. Suprasolicitarea, compensată inițial de rezervele de adaptare-compensare ale individului, va duce însă rapid la decompensarea psihică și somatică a acestuia.

Sunt situații în care individul se poate adapta la sarcini crescute și la un ritm accelerat de activitate, dar aceasta numai pe baza unui antrenament și după o prealabilă selecție și instrucție profesională, ce presupune o pregătire specială. Suprasolicitarea prelungită va conduce la surmenajul individului, la scăderea interesului acestuia, a atenției și capacității sale de concentrare, factori care vor accelera decompensarea. Acest moment și tip de surmenaj ar corespunde cu imaginea psihosocială a suprasolicitării.

Prelungirea stării de *suprasolicitare* depășește etapa *surmenajului* și fenomenele de decompensare, inițial manifestate prin aspectele sociale ale activității (absenteism, dezinteres, activitate cu interes scăzut etc.), ea agravându-se și apărând ulterior sub forma stării de *oboseală*.

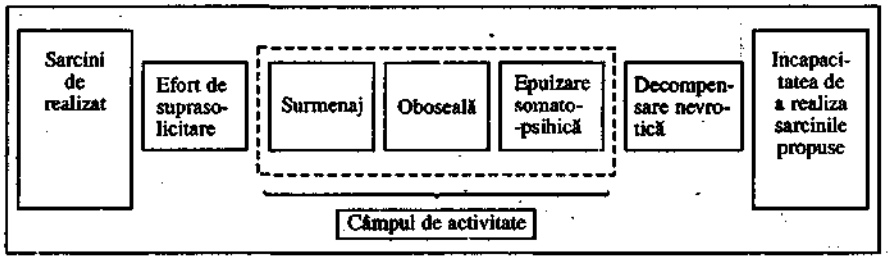
Oboseala ne apare ca o imagine psihobiologică a suprasolicitării și se manifestă prin senzația de frică organică, o percepere biologică și fiziologică a unei stări de epuizare, indispoziție, o imagine conștientă psihologic a stării de sfârșeală, iritabilitate, scădere marcată a atenției și concentrării, a randamentului, greșeli în activitate etc.

Continuarea activității prin suprasolicitare va duce în final la instalarea unei stări de *epuizare*. Epuizarea nervoasă corespunde cu imaginea psihică a suprasolicitării. Etapa socială și cea psihobiologică sunt depășite, fenomenele focalizându-se asupra proceselor psihice. Starea de epuizare se manifestă prin astenie fizică și intelectuală, tulburări de atenție și concentrare, insomnii, nervozitate, neliniște, iritabilitate, cefalee, ameteli, tulburări neurovegetative, stare de apatie. Se realizează în final un tablou clinico-psihiatric de *nevroză*.

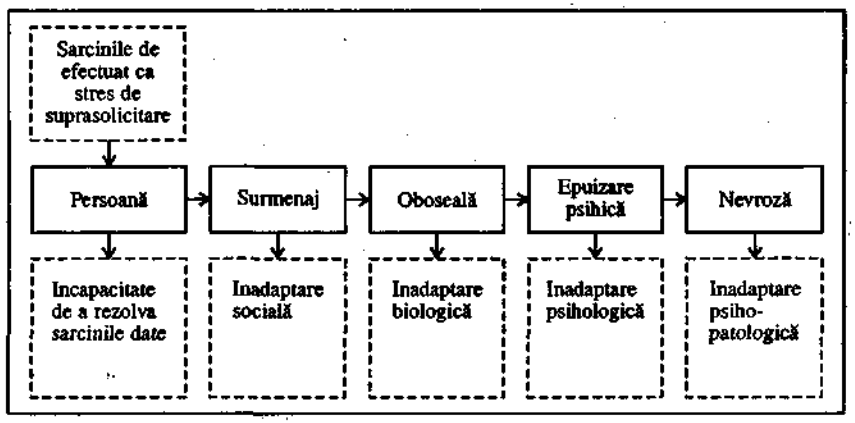
Prin decompensarea individului, activitatea este grav compromisă şi în unele cazuri chiar complet dezorganizată. În această situaţie, dacă efortul de suprasolicitare continuă, fenomenele clinice se agravează şi asistăm la un efect negativ de factură nevrotică în planul personalităţii individului, fapt care-l poate scoate din circuitul de activitate, ducând la o dezadaptare socioprofesională a acestuia. Este etapa *nevrozei prin suprasolicitare*, cu efecte asupra adaptării/integrării individului în mediul, viaţa şi activitatea socială.

În cazul surmenajului, cauzat de activitatea prin suprasolicitare, *dezacordul dintre individ şi lume* se manifestă în prima formă printr-o dificultate de adaptare socială. În cazul oboselii, acelaşi dezacord este de natură biologică, iar în cazul stărilor de epuizare psihică, dezacordul e de natură psihologică, vizând starea de sănătate mintală a individului.

De la surmenaj şi până la starea de nevroză asistăm la mai multe etape de dezadaptare sau inadaptare a individului, care duce în final la incapacitatea acestuia de a mai putea desfăşura o activitate practică utilă, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos.



În cazul fenomenelor de dezadaptare sau chiar de inadaptare totală a individului, cu scăderea activităţii sale psihice sau chiar reducerea şi încetarea acesteia, din cauza suprasolicitării, trebuie să avem în vedere faptul că aceasta se desfăşoară în conformitate cu următoarea secvenţă de etape:



Rezultă din cele de mai sus că suprasolicitarea profesională constituie un factor serios de risc pentru starea de sănătate mintală. Ea poate duce la dezinteres, dezgust pentru profesiune, oboseală, surmenaj şi chiar la o stare de epuizare fizică şi psihică.

În scopul combaterii acestor factori de risc morbigenetici şi în primul rând a stării de oboseală, pentru a putea depăşi efectele suprasolicitării, individul apelează la excitante cu efect psihostimulativ. Utilizarea excitantelor reprezintă, după unii, o sursă de energii creatoare suplimentare care vin să compenseze funcţiile psihice. Cel mai frecvent utilizate sunt cafeaua, amfetaminele, alcoolul etc. Folosirea acestora este deosebit de nocivă pentru starea de sănătate mintală a individului aflat sub presiunea stresului de suprasolicitare. Utilizarea acestor psihotrope euforizante va duce rapid la o epuizare psihică generală. Randamentul psihic scade, apar greşeli în muncă, se instalează o stare de epuizare care va conduce la „conflictul om-muncă", producând o aversiune faţă de profesiunea pentru care individul este pregătit şi în care îşi desfăşoară activitatea.

Un alt aspect aflat în discuţie este acela al tulburării odihnei, al somnului neregulat sau chiar al stării de insomnie prelungită, de oboseală cu incapacitate de desfăşurare a activităţii, al tendinţei la izolare, anxietate, depresie şi, în final, constituirea unui tablou nevrotic, aşa cum am arătat deja mai sus.

Toate acestea duc la o scădere serioasă a randamentului şi performanţelor, mergând până la totala pierdere a capacităţii de a mai putea desfăşura vreo activitate, fapt care impune instituirea de urgenţă a unor măsuri terapeutice. Majoritatea specialiştilor recunosc faptul că omul modern este depăşit de factorii de stres ai vieţii cotidiene, de sarcinile pe care le are de rezolvat. El nu mai poate răspunde solicitărilor, din care este obligat să facă o atentă selecţie, cu preţul multor renunţări nedorite. El nu mai ştie şi nu mai poate să se odihnească pentru a-şi putea recupera rezervele psihobiologice de energie epuizate rapid. Toate acestea reprezintă probleme de o importanţă majoră pentru acţiunea de igienă mintală, aşa cum vom arăta în cele ce urmează.

4. Efort şi oboseală

Activitatea trebuie desfăşurată în conformitate cu un program care să corespundă gradului de adaptare şi capacităţilor energetice, posibilităţilor psihofiziologice ale individului. Ea trebuie să se desfăşoare liber, ritmic şi regulat; în caz contrar, se produce o suprasolicitare a organismului.

Suprasolicitarea implică un efort sau efectuarea unui plus de activitate care, dacă este prelungită, duce la efecte neplăcute sau chiar profund dăunătoare pentru individ.

Efortul este, cu toate acestea, adesea inevitabil în desfăşurarea unei activităţi. Sunt activităţi care implică un grad de efort crescut sau perioade din viaţa unui individ când acesta trebuie să depună un efort sporit faţă de ritmul obişnuit al activităţii sale (examene, situaţii speciale, recuperarea unor activităţi restante, lucrări de predat în termen scurt etc.). Orice efort duce, după o perioadă de timp mai mult sau mai puţin îndelungată, la epuizarea psihică şi fiziologică a organismului, obligându-l pe individ să înceteze desfăşurarea activităţii. În aceste situaţii apare *oboseala*.

Oboseala este un ansamblu de fenomene subiective şi obiective care apar la un subiect supus unei însumări de agresiuni minore (Bugard). Oboseala corespunde acelei stări a organismului în care mobilizarea energetică depăşeşte capacităţile de reparaţie imediată a organismului ca urmare a unui efort.

Trei tipuri de *criterii* definesc sau caracterizează starea de oboseală:

a) criterii obiective: diminuarea randamentului;
b) criterii subiective: un conţinut particular al conştiinţei, asociat cu impresia de oboseală;
c) criterii fiziologice, reprezentate prin alterarea unor constante fiziologice sau chiar organice ale individului.

De regulă, oboseala are un caracter reversibil. Senzaţia de oboseală are o funcţie protectoare, ea semnalând epuizarea rezervelor energetice, şi este urmată de apariţia inadaptării funcţionale, fapt care împiedică organismul să continue o activitate ce ar conduce, în acest caz, la apariţia unor alterări ireversibile.

Fiind un tip de manifestare cu valoare de „semnal de alarmă", oboseala reprezintă mecanismul somatopsihic prin care organismul în stare de epuizare energetică îşi autoîntrerupe activitatea.

În cazul în care activitatea se continuă, ignorându-se oboseala, aceasta se poate agrava, transformându-se într-o veritabilă stare patologică: astenia.

5. Astenia

Părerile despre astenie sunt diferite. În orice caz, ea este corelată stării de oboseală. Pentru Y. Pelicier, *oboseala* şi *astenia* sunt opuse una alteia. *Oboseala* este un termen cu o semnificaţie deosebit de precisă, concretă, pe când *astenia* este un termen „savant", recent creat şi luat în considerare. A fi obosit înseamnă a fi epuizat, dar, cu toate acestea, între oboseală şi epuizare sunt nuanţe care le diferenţiază.

Oboseala are un caracter negativ, ea reprezentând un „minus al capacităţilor vitale", pe când epuizarea este imaginea clinică a oboselii, atitudinea medicală specială faţă de oboseală. Ea este o consecinţă a oboselii.

În ceea ce priveşte formele oboselii, Y. Pelicier distinge următoarele:

a) *oboseala fizică*, cauzată de un efort fizic prelungit, cu consecinţe economice, medico-sociale etc.;
b) *oboseala sportivă*, legată de competiţii, de depăşirea de sine;
c) *oboseala intelectuală* sau surmenajul, care implică o depăşire permanentă a posibilităţilor personale, cu un consum afectiv considerabil;
d) *oboseala emoţională*, ce apare în condiţii de muncă deosebit de stresante, cum ar fi activitatea personalului medical de îngrijire a bolnavilor canceroşi, a bolnavilor psihic, lucrul cu deficienţii psihic sau senzorial, cu deţinuţii etc.;
e) *oboseala culturală*, ce apare la cei angajaţi în competiţii intelectuale, pentru care nu sunt însă corect pregătiţi;
f) *oboseala socială*, legată de inadaptarea la diferitele medii sociale, de unele stări particulare, de relaţii interpersonale, de discriminarea unor categorii sociale, a femeilor etc.

Oboseala este legată şi resimţită în primul rând de către corp, de sfera somatică. Din acest motiv, se vorbeşte, în cazul oboselii sau al asteniei, de „eşecul corporal" sau „corpul în stare de eşec" (Y. Pelicier). Starea de oboseală duce la apariţia unei forme particulare de suferinţă corporală, pe care individul o trăieşte ca pe o senzaţie de astenie, de epuizare vitală a propriilor forţe sau resurse psihofiziologice.

În ceea ce priveşte caracteristicile stării de astenie, acestea sunt următoarele:

- astenia este trăirea unei stări de epuizare energetică fără explicaţie;
- astenicul are posibilitatea de a-şi exprima dorinţele, dar nu şi le poate satisface;
- există o permanentă reţinere de a acţiona, de teama de a nu-şi accentua starea de epuizare;
- abţinerea legată de consecinţele previzibile ale acestui efort;
- pentru astenic, plăcerea e posibilă, dar şi foarte costisitoare, implicând un efort suplimentar;
- astenicul este o persoană care se simte permanent împiedicată să ducă o viaţă normală, fiind obligată să ducă o „viaţă ipotecată".

Din cele de mai sus rezultă că oboseala reprezintă o stare psihofiziolgică deloc neglijabilă, de care medicina, psihologia şi igiena mintală sunt obligate să ţină seama. Aceasta mai cu seamă datorită faptului că oboseala constituie terenul – sau poate duce în mod direct la apariţia – unor forme diferite de afecţiuni medicale, somatice sau psihice.

În cadrul *sindromului de oboseală* obişnuită se descrie şi un *sindrom de oboseală cronică*. Spre deosebire de primul, care are un caracter reversibil şi nu este însoţit de alterări psihofiziologice şi somatice, acesta are un caracter trenant, de durată, ducând la modificări psihosomatice, adesea cu caracter ireversibil.

Oboseala poate fi considerată cronică dacă se menţine continuu, pentru o perioadă de peste şase luni (O. Holmes, J. Kaplan, N. Ganz, A. Schluderberg, S. Straus, P. Peterson, M. Scharpe, L. Achard, J. Banatrola). Sindromul de oboseală cronică se caracterizează prin: oboseală, uzură, epuizare, slăbiciune, toate fiind resimţite ca o durere vie sau ca o stare invalidantă.

Majoritatea bolnavilor cu oboseală cronică nu prezintă nici un fel de anomalie obiectivă care să le explice suferinţele. În ceea ce priveşte etiologia acestei stări, ea nu este cunoscută. În general, se notează o infecţie virală de dată recentă, situaţie în care sindromul de oboseală cronică apare ca un sindrom de astenie postvirală. Alte cauze pot fi reprezentate prin disfuncţiile imunitare. Acestea îmbracă tabloul clinic al encefalomielitei mialgice. Pronosticul sindromului de oboseală cronică este, de regulă, sumbru. După P. Beham şi W. Beham, starea clinică nu se ameliorează, indivizii rămânând cu oboseala cronică şi mialgii persistente.

Se poate remarca din cele de mai sus că diferenţele dintre oboseală şi astenie sunt numai de nuanţă, fiind legate de intensitatea şi durata oboselii, astenia nereprezentând decât imaginea clinică a celei dintâi.

6. Organizarea activităţii şi măsuri de psihoigienă

În ceea ce priveşte psihoigiena activităţii, suntem obligaţi să ţinem seama de următoarele aspecte:

- activitatea trebuie să se desfăşoare potrivit cu aptitudinile şi vocaţia individului;
- activitatea trebuie organizată în conformitate cu temperamentul individului (hiperactiv, hipoactiv, mixt, pasiv etc.);
- amenajarea corectă a spaţiului de activitate, conform cu necesităţile activităţii, dar şi cu gustul şi stilul de muncă ale individului; normarea corectă a timpului de activitate, în funcţie de capacităţile psihofizice ale subiectului, ca durată, intensitate etc.;
- evitarea conflictelor, a stărilor de epuizare şi a traumatismelor emoţional-afective;
- derularea activităţii în alternanţă cu pauzele, activităţile distractive, perioadele de recreere, vacanţele etc.;
- depistarea precoce a factorilor nocivi, morbigenetici, cu valoare de suprasolicitare, care pot apărea în cursul desfăşurării activităţii subiectului;
- pregătirea corectă a instruirii subiectului în vederea desfăşurării unei activităţi;
- prevenirea apariţiei factorilor traumatizanţi, printr-o pregătire prealabilă, în cazul schimbării activităţii sau a locului de muncă;
- prevenirea oboselii şi sistarea activităţii în momentul apariţiei acesteia;
- instituirea unor măsuri terapeutice precoce în cazul apariţiei oboselii.

Factorul cel mai important în menţinerea unei activităţi utile este reprezentat prin:

- pregătirea corectă pentru activitate;
- adaptarea la activitate;
- stabilirea unor relaţii directe între motivaţiile individului şi caracterul activităţii;
- alternarea activităţii curente cu activităţi suplimentare, care stimulează interesul şi generează motivaţii noi, plimbări, activităţi culturale;
- pregătirea prin antrenament şi fixarea sarcinii în raport cu posibilităţile şi aptitudinile individului;
- echilibrul între „sarcini" şi „aptitudini"; evitarea stimulentelor (cafea, alcool, droguri).

Capitolul 13

Psihoigiena vârstelor (aspecte generale)

1. Psihobiografia

Psihoigiena se interesează de două chestiuni importante privind persoana: pe de o parte, de individ ca persoană, cu dimensiunile sale sufleteşti, organice şi psihosomatice, iar pe de altă parte, de dinamica vieţii acestuia, cu un caracter extins (psihobiografia).

După K. Jaspers, viaţa psihică a fiecărui individ formează un *tot temporal*. Dacă dorim să înţelegem o persoană, acest fapt implică o privire globală asupra vieţii sale de la naştere până la moarte. *Istoria* fiecărui caz tipic ne este relevată de *biografie*. Boala psihică, spune K. Jaspers, este înscrisă în viaţa persoanei şi nu poate fi izolată de ea dacă dorim să o înţelegem. Istoria fiecărui individ se măsoară prin „durata vieţii" acestuia şi constă într-o însuşire de „epoci tipice" şi de „stadii critice". O semnificaţie esenţială pentru istoria interioară a vieţii o au performanţele, actele şi realizările individului, prin aceasta el „obiectivându-se" pe sine (K. Jaspers, L. Binswanger). Biografia priveşte o singură şi unică viaţă şi cuprinde un set de conexiuni temporale (K. Jaspers), reprezentate prin: *dimensiunea biologică* (ereditatea); *dimensiunea psihologică* (familie, comunitate, societate); *dimensiunea culturală*, constând în obiectivarea prin tradiţie a valorilor; *dimensiunea morală*.

Din punct de vedere sintetic, distingem două categorii de biografii de bază, cărora le corespund anumite relaţii cauzale şi semnificative (K. Jaspers): *categoriile biologice* ale cursului vieţii (diferite epoci, faze tipice, procese); categoriile strict moştenite în relaţie cu *istoria vieţii individuale* (experienţa primară, adaptarea, crizele, dezvoltarea personalităţii).

Pe această bază, K. Jaspers distinge două mari dimensiuni ale vieţii individuale:

a) viaţa individuală ca eveniment pur biologic, constând în transformarea constantă a organismului legat din punct de vedere temporal de o serie de „vârste-epoci" şi de „vârste critice", de criză;
b) viaţa individuală în sensul de istoricitate interioară personală (conştiinţă, experienţă, aspiraţii, realizare, decizii, activitate, schimbări intervenite, relaţii interumane etc.).

Viaţa individului se constituie din succesiunea unor etape de dezvoltare, evoluţie, maturizare şi declin psihobiologic şi sociocultural.

Viaţa este alcătuită însă şi din aspectul exterior al existenţei, reprezentând suma tuturor experienţelor şi evenimentelor trăite de persoană în decursul diferitelor sale etape de viaţă. Aceasta constituie „istoria vieţii individuale" (L. Binswanger, K. Kolle).

Majoritatea specialiştilor care s-au ocupat de această problemă au scos în evidenţă valoarea studiului vieţii individului sau psihobiografia acestuia (Ch. Bühler, L. Binswanger, K. Jaspers, W. Lange-Eichbaum, J. Ralph, G. Gusdorf, E. Minkowski, U. Şchiopu şi E. Verza).

Studiul „biografiilor exemplare" a atras de mult atenţia, în primul rând cea a istoricilor, fiind cunoscute în sensul acesta scrierile lui Plutarh, Suetoniu, Tacit, Xenofon (în Antichitatea clasică), reluate cu deosebit interes, din punct de vedere psihologic şi psihiatric, în secolul XX, de către W. Lange-Bichbaum, A. Herzberg, P. Acooce şi P. Rentchnik.

Interesul psihologic şi psihiatric pentru biografia individului se accentuează o dată cu studiile psihanalitice (S. Freud). Psihanaliza pune problema relaţiilor existente între evoluţia persoanei şi evenimentele psihotraumatizante ale vieţii individuale, scoţând prin aceasta în faţă studiul psihobiografiei individului (S. Freud, O. Rank, W. Steckel, J. Ralph). Psihanaliza porneşte de la interpretarea şi analiza fenomenelor nevrotice, bazându-se pe studiul cazurilor în perspectiva dinamică a vieţii subiecţilor analizaţi (S. Freud): fapte care aduc date noi, deosebit de interesante, dar totodată şi un nou mod de interpretare a dinamicii psihologice a individului.

Din perspectivă umanistă, G. Gusdorf notează importanţa studiului biografiei individului în scopul cunoaşterii vieţii sale interioare, subliniind valoarea practică a analizei jurnalelor, autobiografiilor sau a corespondenţei.

Pornind de la punctul de vedere psihan...ic, se disting două direcţii principale de analiză psihobiografică a individului: un *aspect exterior* şi un *aspect interior*. Din perspectiva aspectului exterior al vieţii, psihc' grafia apare ca fiind o succesiune de etape psihobiologice şi psihosociale ale persoanei în raport cu factorii externi, care au o acţiune „modelatoare" asupra acesteia. Ea este reprezentată sub forma unei curbe dinamice a vieţii, care a fost studiată de Ch. Bühler. Teoriile ce iau în considerare aspectul interior al vieţii privesc psihobiografia ca fiind expresia unei istorii interioare a persoanei, cu o problemă pur personală, de inspiraţie analitico-existenţială, punând în valoare dimensiunea istorică personală, individuală a vieţii fiecărei persoane. Este vorba, în primul rând, despre o experienţă sufletească intimă, proprie şi specifică fiecărui individ în parte, capabilă să explice atât dezvoltarea acestuia, cât şi eşecurile sale. Acest tip de analiză existenţială a vieţii a fost propus de L. Binswanger.

Independent de aceste două puncte de vedere, important rămâne faptul că, aşa cum persoana, privită static şi individual, reprezintă un obiect de studiu şi reflecţie pentru psihologie şi psihiatrie, în egală măsură şi viaţa persoanei poate reprezenta un obiect de studiu şi de reflecţie pentru acestea. În plus, ambele „obiecte", implicând în mod direct starea de sănătate mintală sau pe cea de boală psihică, aparţin domeniului igienei mintale.

Referindu-se la studiul psihologic al vieţii, Ch. Bühler ordonează aceste cercetări în cinci grupe:

a) *studii biografice* ale evoluţiei *psihologice* a persoanei;
b) *studii psihanalitice* orientate *clinic*;
c) *studii* fundamentate *sociologic*;
d) *studii comportamentale* statistice;
e) *studii umaniste* asupra persoanei.

Desigur că toate acestea privesc laturi diferite ale psihobiografiei individuale, dar o viziune completă asupra acesteia nu se poate elabora decât luându-le pe toate în considerare.

Cea mai importantă şi completă metodă de abordare a vieţii individuale, ca psihobiografie, o reprezintă metoda propusă de Ch. Bühler; această va constitui direcţia noastră de orientare metodologică, pe care o considerăm ca fiind cea mai adecvată din punct de vedere aplicativ în domeniul igienei mintale.

2. Etapele şi dinamica vieţii

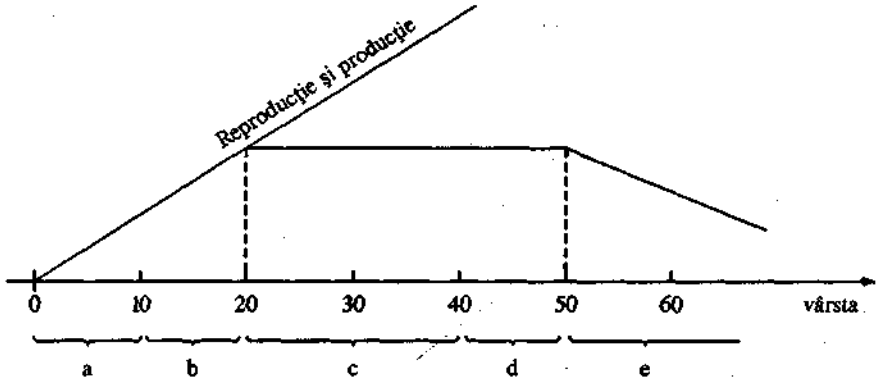
Majoritatea autorilor sunt de acord că viaţa individului se compune din *etape* distincte, întrerupte prin *crize psihobiologice*, care marchează trecerea de la o etapă la alta. Astfel, D.J. Levinson împarte „structura vieţii" în câteva perioade majore, caracterizate prin următoarele elemente: *activităţi*, *asociaţii* şi *relaţii* (parentale, maritale, familiale). Între aceste perioade se află *momentele de tranziţie*. Perioadele la care face referire D.J. Levinson sunt următoarele:

a) copilăria şi adolescenţa, de la 0 la 17 ani;
b) vârsta adultă, care cuprinde câteva subetape: perioada adultului tânăr (reprezentată prin: intrarea în vârsta adultă: 17-28 de ani; perioada anilor 30: 28-33 de ani; perioada de staţionare: 33-40 de ani); perioada adultului mijlociu (reprezentată prin: intrarea în vârsta adultului mijlociu: 45-50 de ani; vârsta de tranziţie de la 50 de ani: 50-55 de ani; culminarea vârstei adultului mediu: 55-60 de ani); perioada adultului târziu (60-65 de ani);
c) bătrâneţea, după perioada adultului târziu (65-70 de ani şi peste această vârstă).

Ch. Bühler distinge mai multe *etape ale vieţii*, după cum urmează:

a) de la 0 la 15 ani este etapa anilor de creştere de dinaintea capacităţii de reproducere a individului;
b) de la 15 la 25 de ani este perioada de continuare a creşterii după instalarea capacităţii de reproducere a individului;
c) de la 25 la 45 de ani este perioada de stabilizare, în cursul căreia se realizează un echilibru între creşterea generativă şi cea retrogresivă, continuând a se menţine capacitatea de reproducere a individului;
d) de la 45 la 65 de ani începe creşterea retrogresivă, iar pentru femei şi sfârşitul capacităţii de reproducere;
e) după vârsta de 65 de ani continuă creşterea retrogresivă şi se pierde capacitatea de reproducere la ambele sexe.

Aceste etape psihobiologice sunt reprezentate grafic după o schemă cunoscută sub numele de „curba dinamică a vieţii" (Ch. Bühler), aşa cum se poate vedea mai jos:

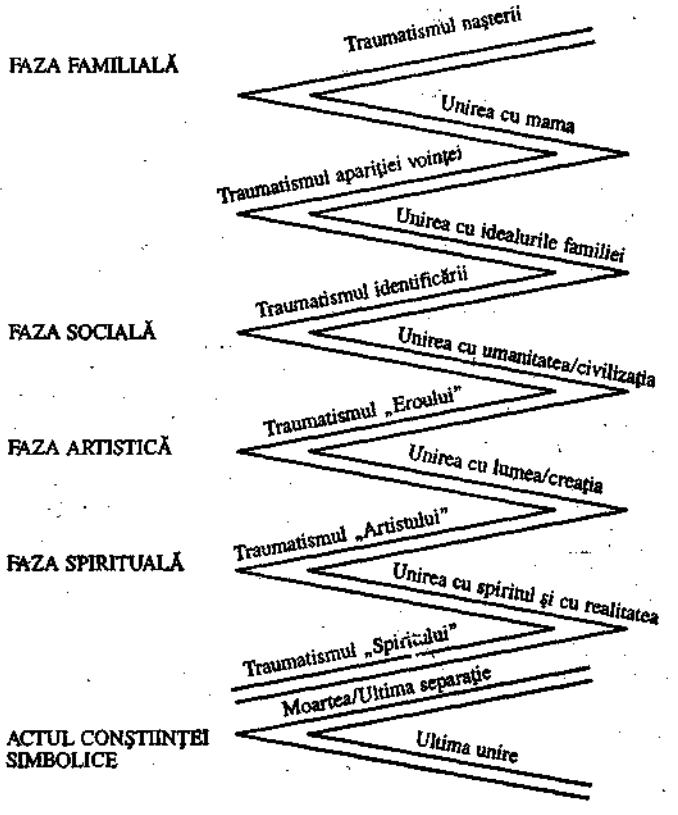


Din punct de vedere psihosocial, „etapele vieții", după Ch. Bühler, sunt legate de semnificația și funcționalitatea lor. În sensul acesta, se disting următoarele etape:

a) de la 0 la 10 ani este etapa în decursul căreia copilul ajunge să dobândească o existență independentă;
b) de la 10 la 20 de ani se realizează statutul de persoană în sfera propriei conștiințe;
c) de la 20 la 30 de ani este etapa în care se fac proiecte și propuneri pentru viața proprie;
d) de la 30 la 40 de ani este etapa de „strângere a energiilor";
e) de la 40 la 50 de ani este etapa angajării depline și a afirmării individului;
f) de la 50 la 60 de ani asistăm la crearea unui nou stil de viață personală;
g) de la 60 la 70 de ani este etapa în care se ia hotărârea de a renunța la activitatea profesională;
h) de la 70 la 80 de ani este etapa de realizare maximă din cursul vieții de după pensionare și retragere din viața activă.

Situându-se pe o poziție strict psihanalitică, O. Rank interpretează etapele vieții individuale în raport cu „momentele-cheie" care le separă, diferențiindu-le între ele. În sensul acesta, O. Rank distinge patru faze sau etape importante ale vieții (vezi figura alăturată):

a) *faza familială* este cea în care au importanță următoarele evenimente: traumatismul nașterii individului, în sens psihanalitic; unirea acestuia cu mama; unirea copilului cu idealurile familiei;
b) *faza socială* este marcată de următoarele evenimente: identificarea persoanei; asimilarea rolurilor sociale și a civilizației de către individ;
c) *faza artistică* are două momente-cheie, și anume: creația sau unirea cu lumea; valorile sau crearea culturii;
d) *faza spirituală* este legată de două categorii de evenimente: mișcarea spiritului și filosofia; separația ultimă sau moartea.



Din cele de mai sus rezultă, în mod evident, diferențele de opinii dintre Ch. Bühler și O. Rank. Dacă în primul caz avem de-a face cu un punct de vedere riguros *psihobiologic și psihosocial*, în cel de-al doilea caz se pune accentul pe *sistemul de valori umane, sociale și culturale* în formarea și dinamica vieții individuale.

Însă din ambele modele mai sus menționate se poate desprinde clar faptul că viața este construită dintr-o discontinuitate de *etape*, bine individualizate, dar întrerupte prin momente sau scurte perioade de „criză". Din acest motiv, viața individului fiind dinamică, ea nu ne apare ca un „continuum", ci ca o succesiune de etape discontinue. De aceea, nici starea de sănătate mintală nu este unică sau uniformă. Ea variază în decursul vieții individului în raport cu etapele acesteia, manifestându-se deosebit de pregnant mai ales în cursul „crizelor" de viață.

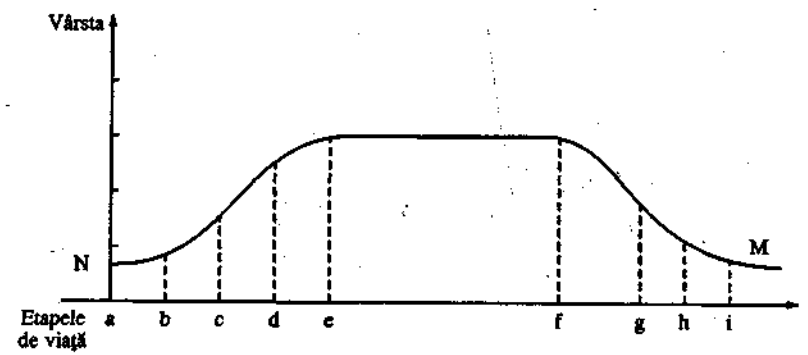
În ceea ce privește „crizele" de viață, acestea, departe de a fi situații anormale sau chiar patologice, reprezintă etape firești, stări naturale, de trecere de la o fază a vieții la alta, în cursul căreia asistăm la schimbări globale, importante, ale individului. Prin urmare, ele trebuie privite ca fiind situații absolut normale. Este însă la fel de adevărat faptul că,

din cauza caracterului lor precipitant acut, extrem de încărcat biopsihologic pe o durată relativ scurtă de timp, ele sunt resimțite de individ ca niște schimbări cu caracter dezagreabil, motiv pentru care acesta este înclinat să le atribuie adesea o semnificație morbidă.

Deși nu reprezintă stări morbide în sine, crizele de viață sunt etape deosebit de zgomotoase, creând o anumită stare de suprasolicitare și disconfort pentru individ și, implicit, pentru starea sa de sănătate mintală, fapt care face ca ele să reprezinte premizele posibile ale apariției și dezvoltării unor tulburări psihice.

Aceste puncte de vedere le regăsim și la Ch. Bühler, care afirmă că *etapele vieții* sunt „perioade psihobiologice", bine individualizate, relativ omogene și unitare separate între ele prin mai multe crize psihobiologice, cu repercusiuni asupra individului sau a vieții sociale a acestuia. Pentru Ch. Bühler, acestea sunt următoarele:

a) *momentul nașterii individului*, de care se leagă: problema originii și a destinului individual, studiată în mod deosebit de amănunțit de M. Robert; momentul intrării în lume;
b) *viața în familie*, reprezentată prin: prima copilărie (între 0 și 3 ani); a doua copilărie (între 3 și 7 ani);
c) *criza pubertară* și adaptarea școlară;
d) *adolescența*, sexualitatea, individualizarea, identitatea, orientarea profesională;
e) *maturitatea* și *vârsta adultă*, caracterizate prin: prima maturitate, implicând căsătoria, relațiile conjugale și familiale; a doua maturitate, legată de adaptarea socială, ruta profesională, eșecul și succesul individului în raport cu viața;
f) *criza de involuție*, reprezentată prin următoarele: menopauza și andropauza; atingerea vârstei de retragere din activitatea profesională;
g) *involuția*, caracterizată prin: prima bătrânețe, asociată cu o stare de neliniște; a doua perioadă a bătrâneții, caracterizată prin adoptarea unei atitudinii de resemnare și înțelepciune;
h) *perspectiva morții*.



Pentru fiecare etapă a vieții sunt specifice anumite motivații, aspirații, norme de comportament și un anumit model de activitate psihobiologică și psihosocială. În plus, așa cum se poate vedea, fiecărei etape îi corespund un anumit regim de sănătate mintală și un anumit risc de morbiditate psihiatrică. Aceste aspecte vor fi amplu studiate în capitolele următoare.

Un aspect deosebit, de care trebuie să ținem seama, este acela că viața are o semnificație care este legată de scopurile sale. În sensul acesta, majoritatea autorilor care s-au ocupat de această problemă stabilesc următoarele scopuri pentru viață (Ch. Bühler, R. Allendy, A. Laforgue, S. Freud, O. Rank, M. Robert, L. Binswanger): *reproducerea și producția*, reprezentate prin comportamente, acte și operă; *autorealizarea și autoactualizarea*; *intenția autorealizării nivelului de aspirații*, a propriilor idealuri; *formarea unei imagini de sine* sau a unei imagini sociale a sinelui conform cu heterocronia scopurilor.

3. Modelele vieții

Viața individului se poate desfășura liniar, simplu și necomplicat sau, dimpotrivă, poate fi întreruptă, complicată, accidentală sau aventuroasă, întreruptă de evenimente psihobiologice sau psihosociale neobișnuite sau traumatizante, boli, infirmități, eșecuri etc. Acestea pot lua diferite forme, după cum urmează: boli somatice grave, cronice; boli somatice grave cu sfârșit fatal; boli psihice grave, cu evoluție cronică; boli somatice sau psihice urmate de sechele, infirmități grave; schimbări sociale, politice sau economice în viața individului; crize cultural-valorice, spirituale, religioase sau morale.

De regulă, acest gen de evenimente ale vieții individului declanșează momente de criză gravă, în urma cărora structura și dinamica personalității suferă schimbări importante, uneori profunde și definitive, operate în primul rând în interiorul vieții sufletești, modificând radical regimul dinamic al personalității și influențând modul de a gândi și comportamentul general al individului. Este vorba despre actul de conversiune prin care atât personalitatea, cât și sensul vieții acesteia se modifică fundamental, orientându-se către un alt registru, nou, diferit de modelul anterior.

În urma unor ample studii psihologice, psihopatologice și psihoterapeutice, L. Binswanger a stabilit câteva forme fundamentale ale existenței umane, continuând o concepție antropologică de tip existențialist aplicată la psihologie și psihopatologie, reprezentată de metoda analizei existențiale (*Daseinsanalyse*). Studii similare au fost întreprinse și de E. Minkowski și M. Manfredi.

L. Binswanger distinge patru mari tipuri de bază ale existenței umane, de fapt tot atâtea „modele de viață".

D. Cargnello remarcă faptul că orice încercare de analiză a vieții individuale, a psihobiografiei este, în esența sa, o analiză psihoantropologică, o încercare de descifrare a semnificațiilor vieții individului și, implicit, a stării de sănătate mintală sau de tulburare psihică. În această ordine de idei, el consideră că „psihiatria este știința care studiază modul în care un om își pierde propria libertate interioară", înțelegând prin aceasta starea de sănătate mintală. În consecință, spune autorul citat, boala psihică se înfățișează ca o dovadă a faptului de „a fi constrâns să nu mai fi tu însuți", în sensul schimbării personalității, a propriei identități, prin pierderea sănătății mintale (D. Cargnello).

Existența, modul de viață ale bolnavului psihic, psihobiografia sa vor diferi fundamental în acest caz de cele ale omului sănătos mintal. Ele vor fi expresia unei lumi închise, opuse, opresive, negatorii, delirante, schimbate afectiv etc.

L. Binswanger consideră că modalitățile de bază ale existenței umane se pot grupa în raport cu relația dintre două persoane sau dintre o persoană și grupul de persoane sau

lume. În sensul acesta, pornind de la modurile de relaţionare interpersonală sau, mai precis spus, de „apropiere interpersonală", L. Binswanger distinge trei tipuri de apropiere: *dualitatea*, *pluralitatea* şi *individualitatea*. În funcţie de acestea, se diferenţiază cele patru modele de viaţă distinse de L. Binswanger:

a) *modul de a fi în iubire* (*Mit-einander-sein-in-der-Leibe*) sau *„modus amoris"* este relaţia dualistă pozitivă între „Eu" şi „Tu", o relaţie de tipul „de la mine la tine" prin iubire (*Miteinander-sein-von-mir-und-dir*);
b) *modul de a fi în prietenie*, înrudit cu cel de mai sus, este bazat tot pe dualitatea dintre un „Eu" şi un „Tu"; este *„modus amicitiae"*, un mod de comunicare marcat în primul rând de o coparticipare interpersonală directă şi sinceră;
c) *modul de a fi al agresivităţii* este expresia unui tip de relaţie pluralistă, atât în ceea ce priveşte contactele cu mediul, cât şi cu lumea socială; în sensul acesta, pot fi diferenţiate două aspecte relaţionale ale agresivităţi ca mod de existenţă:
   - *captarea mediului fizic*, ambiental, prin următoarele mijloace: apucarea („prinderea cu mâna"), muşcarea („prinderea cu dinţii"), înţelegerea („cuprinderea cu intelectul"), denumirea (desemnarea lingvistică, limbajul);
   - *captarea mediului social*, prin următoarele mijloace: impresionarea, sugestibilitatea, asumarea responsabilităţii;
d) *modul de a fi „în sine" şi „pentru sine"* (*in-der-Welt-uber-die-Welt-hinaus-sein*) exprimă modul de a fi al individualităţii, al singularităţii persoanei reduse la ea însăşi, care îşi este suficientă sieşi; este modul de a fi singur, izolat, autist; acest mod de a fi în viaţă al persoanei se poate manifesta astfel: a fi pentru sine însăşi, autonoma şi autosuficientă; singurătatea, ca aspect particular; modul de a fi singur, ca incapacitate de a se putea raporta la altul sau la alţii.

Este evident faptul că această clasificare propusă de L. Binswanger urmăreşte, în primul rând, sublinierea aspectelor modelelor de viaţă premorbide sau psihopatologice pure, fiind inspirată de un punct de vedere antropologic-existenţialist. În plus, ea are o incontestabilă valoare în ceea ce priveşte înţelegerea atât a stării de sănătate mintală, cât şi a bolii psihice.

R. Le Senne, situându-se pe poziţiile moralei, descrie, de asemenea, patru modele de viaţă, care par a le fi mai accesibile, ca instrument general, atât psihologului, cât şi pedagogului, în ceea ce priveşte înţelegerea şi abordarea psihobiografiei individului. Acestea sunt următoartele:

a) *viaţa eşuată* este viaţa omului dominat de boală şi de nenorociri; e viaţa dominată de disperare şi de privaţiuni, de lipsa de încredere în viitor; este modelul unei vieţi fără posibilităţi, în care omul refuză să mai lupte;
b) *viaţa rătăcitoare*, la întâmplare, este cea în care Eul persoanei se simte liber, dar nu are nici un scop, fiind nesigur de el şi de destinul său; individul nu are aspiraţii, idealuri şi din acest motiv nu-şi poate configura nici un destin; omul cedează uşor în faţa tentaţiilor şi a capriciilor, fiind o persoană labilă şi instabilă; se manifestă o mare dorinţă de independenţă, dar ea nu e orientată către un scop precis; omul, în aceste circumstanţe, este incapabil să realizeze ceva util, iar căutarea fericirii eşuează în vagabondaj;

c) *viaţa medie* e modelul de viaţă care se consideră a fi cea reuşită; ea constă într-o administrare corectă, echilibrată, a propriei existenţe, prin cultivarea valorilor pozitive, în mod selectiv, şi prin apărarea lor; este tipul de viaţă echilibrată, egală, morală;
d) *viaţa devotată* (sau de devoţiune) are în plus faţă de viaţa medie dăruirea de sine, spiritul de sacrificiu pentru un ideal care depăşeşte persoana; se remarcă o proiecţie dominantă în domeniul unor idealuri superioare de viaţă morală, ce transcend persoana; acestea sunt, în primul rând, credinţa şi devoţiunea; este modelul exemplar de „viaţă creatoare".

Această clasificare a modelelor de viaţă, a psihobiografiilor, are o fundamentare valorică în primul rând de factură morală, fapt de o deosebită importanţă şi care ne obligă să reflectăm asupra ideii că sănătatea mintală trebuie considerată o valoare pozitivă a persoanei, o trăsătură valorică a personalităţii, care se pierde, se transformă sau este deteriorată în cazul bolii psihice.

Din acest motiv, igiena mintală trebuie să se ocupe în mod direct şi predilect de sănătatea mintală în sfera psihobiografiei, considerând-o o valoare fundamentală, structurală şi dinamică a individului, pe când boala mintală ne apare ca o formă de tip accidental, ontologic a psihobiografiei, a vieţii umane.

4. Sănătatea mintală şi boala psihică în raport cu etapele vieţii

Existenţa unei corespondenţe între starea de sănătate mintală şi morbiditatea individului prin boli psihice şi etapele vieţii acestuia este o chestiune general admisă. Ea are o importanţă deosebită în cazul igienei mintale, în scopul planificării şi desfăşurării acţiunii de psihoprofilaxie. O asemenea analiză se impune deci în mod obligatoriu.

Am preferat, în scopul analizei sănătăţii mintale şi a bolii psihice în raport cu dinamica vieţii individului, să izolăm opt grupe de vârstă principale, după cum urmează: 0-15 ani, 16-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 şi peste 70 de ani. Fiecare dintre aceste grupe de vârstă prezintă caracteristici biopsihosociale proprii, o anumită patologie psihiatrică, un anumit risc faţă de acţiunea factorilor morbigenetici, după cum urmează:

a) grupa de vârstă cuprinsă între 0 şi 15 ani are următoarele caracteristici: interese biologice legate de dezvoltarea generală a organismului; factori cu acţiune morbigenetică (familiali, şcolari, frustrări afective, carenţe educaţionale); afecţiuni psihice (stări complexuale, tulburări de comportament);
b) grupa de vârstă cuprinsă între 16 şi 20 de ani are următoarele caracteristici: interese psihobiologice în raport cu dezvoltarea personalităţii şi lărgirea progresivă a câmpului de preocupări individuale; factori cu acţiune morbigenetică de natură educaţională, de adaptare şcolară sau familială, criza de adolescenţă; afecţiuni psihice legate de criza de dezvoltare psihobiologică a adolescenţei, tulburări de comportament, bufee delirante, toxicomanie;
c) grupa de vârstă cuprinsă între 21 şi 30 de ani prezintă următoarele caracteristici: interese psihosociale legate de intrarea individului în viaţa socială, profesională, întemeierea familiei etc.; factorii cu acţiune morbigenetică sunt predominant psihosociali,

legaţi de începutul activităţii profesionale, adaptarea socioprofesională, competiţia socială, eşecuri, conflicte; afecţiuni psihice reprezentate prin stări reactive, nevroze, toxicomanii, psihoze endogene;

d) grupa de vârstă cuprinsă între 31 şi 40 de ani se caracterizează prin următoarele: interese legate de viaţa socială şi profesională, de familie; factorii cu acţiune morbigenetică sunt de ordin familial, social, profesional; afecţiunile psihice cele mai întâlnite sunt nevrozele, psihopatiile, alcoolismul, psihozele endogene;
e) grupa de vârstă cuprinsă între 41 şi 50 de ani se caracterizează prin: aceleaşi interese sociale ca şi ale grupei precedente; factorii cu acţiune morbigenetică sunt identici cu cei de la grupa anterioară; afecţiunile psihice care apar sunt legate de climateriu la femeie, nevroze, psihoze endogene sau tulburări psihice de tip preinvolutiv;
f) grupa de vârstă cuprinsă între 51 şi 60 de ani se caracterizează prin următoarele: interese psihosociale legate de criza de involuţie (menopauză şi andropauză), precum şi de perspectiva pregătirii retragerii din activitatea profesională; factorii cu acţiune morbigenetică sunt de ordin psihosocial şi au legătură cu retragerea din viaţa socială şi profesională, precum şi cu opoziţia faţă de presiunile generaţiilor mai tinere etc.; afecţiunile psihice cele mai curente sunt nevrozele, tulburările psihice de preinvoluţie, depresiile, stările fobic-anxioase;
g) grupa de vârstă cuprinsă între 61 şi 70 de ani se caracterizează prin: interese psihobiologice legate de involuţia generală a organismului, ieşirea din sfera activităţii profesionale, îngustarea câmpului de preocupări şi al relaţiilor interpersonale; factorii cu acţiuni morbigenetici care acţionează sunt dezadaptarea socială treptată, însoţită de izolarea persoanei; afecţiunile semnalate sunt nevrozele, depresia, stările fobic-anxioase, stările obsesive, ASC, psihozele de involuţie;
h) grupa de vârstă de peste 70 de ani se caracterizează prin: interese biologice limitate la procesele de involuţie a individului, cu circumscrierea câmpului de interese la propria persoană, în centru aflându-se îngrijirea fizică pentru menţinerea vieţii; factorii cu acţiune morbigenetică sunt legaţi de procesul de involuţie cu consecinţele sale: izolarea individului, singurătatea, cu pierderea interesului pentru viaţă; afecţiuni psihice legate de ACS şi demenţe senile.

Se desprinde din cele de mai sus concluzia că fiecărei grupe de vârstă îi corespund anumite caracteristici, care sunt legate atât de starea de sănătate mintală, cât şi de boala psihică. Acest aspect prezintă o importanţă deosebită pentru acţiunea de igienă mintală, deoarece impune planificarea şi diferenţierea formelor de acţiune psihoprofilactică în raport cu diferitele etape ale vieţii individului. Astfel, grupelor de vârstă extreme ale unei generaţii le corespund interese de tip biologic sau predominant biologic (0-15 ani şi peste 70 de ani), în timp ce grupelor centrale (31-50 de ani) le corespund interese predominant sociale, iar grupelor de vârstă intermediare le corespund fie interese psihobiologice (16-20 de ani), fie interese psihosociale (20-30 de ani).

Studiile de epidemiologie sociopsihiatrică au demonstrat că riscul pentru bolile psihice într-o populaţie variază în raport cu grupele de vârstă. În sensul acesta, noi am remarcat o anumită distribuţie a riscului de morbiditate psihiatrică ce corespunde grupelor de vârstă, după cum urmează:

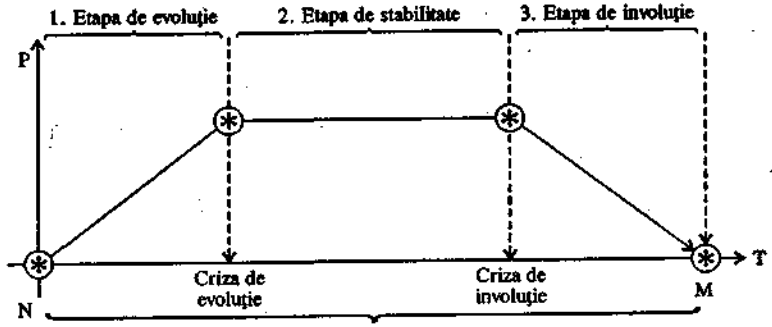
a) grupei de vârstă cuprinse între 0 şi 15 ani îi corespund oligofreniile, epilepsia, tulburările de comportament, fugile, stările reactive legate de conflicte familiale;

b) grupei de vârstă cuprinse între 16 şi 20 de ani îi sunt caracteristice tulburările psihice care pot apărea datorită crizelor de pubertate şi adolescenţă, şi anume: tulburări de comportament şi adaptare, stări reactive diferite, formele de debut ale schizofreniei, unele forme de toxicomanie, fugă şi vagabondaj, conduite deviante de tip sociopatic;
c) grupei de vârstă cuprinse între 21 şi 30 de ani îi corespund următoarele tulburări psihice: nevroze, psihopatii şi conduite deviante de tip sociopatic, toxicomanii şi alcoolism, schizofrenie şi PMD etc.;
d) grupei de vârstă cuprinse între 31 şi 40 de ani îi sunt caracteristice următoarele afecţiuni: alcoolism, toxicomanii, psihopatii şi conduite deviante sociopatice, stări reactive, nevroze, paranoia etc.;
e) grupei de vârstă cuprinse între 41 şi 50 de ani îi corespund următoarele: alcoolism, psihopatii, stări reactive, nevroze, paranoia, conduite aberante;
f) grupei de vârstă cuprinse între 51 şi 60 de ani îi corespund ca tulburări psihice următoarele: psihopatii, stări reactive, nevroze, tulburări psihice de preinvoluţie;
g) grupei de vârstă cuprinse între 61 şi 70 de ani îi sunt caracteristice nevrozele, ASC, demenţa senilă;
h) grupei de vârstă de peste 70 de ani îi sunt caracteristice ASC şi demenţa senilă.

Cunoaşterea acestor aspecte este absolut indispensabilă pentru adoptarea unor măsuri adecvate de protejare a stării de sănătate mintală şi de instituire a unor forme de psihoprofilaxie adaptate specificului fiecărei grupe de vârstă.

Din cele de mai sus se desprinde faptul că atât sănătatea mintală, cât şi bolile psihice variază în decursul existenţei individului în raport cu „etapele vieţii" la care ne referim. Aşa cum am spus anterior, *viaţa persoanei* este formată din etape cronologice net diferenţiate, cu un profil biologic, psihologic şi sociocultural specific, întrerupt de *crize psihobiologice* de „evoluţie" (pubertatea, adolescenţa) sau de „involuţie" (menopauza, andropauza). Am arătat mai sus că fiecăreia dintre aceste „etape de viaţă" îi sunt specifici anumiţi *factori de risc* pentru sănătatea mintală, responsabili de apariţia unor boli psihice. Plecând de la aceste date, *măsurile de protecţie* a stării de sănătate mintală sau de *psihoprofilaxie* vor trebui adaptate în mod corespunzător caracteristicilor biopsihosocioculturale pentru fiecare „etapă de viaţă".

Pentru realizarea scopului propus, vom lua din nou ca reper „curba dinamică a vieţii" (vezi schema de mai jos), pentru justificarea măsurilor de „protecţie" şi „intervenţie" de igienă mintală.



Durata vieţii individului (psihobiografia)

Considerând că durata vieţii individuale se întinde între „momentul natal" (N) şi „momentul mortuar" (M), vom înscrie pe orizontală *timpul* (T) sau durata vieţii, iar pe verticală *performanţele* individului (P). În sensul acesta, distingem pe *curba dinamică a vieţii* trei „etape" principale, şi anume:

a) *etapa de evoluţie*, care se întinde de la *naşterea* individului până la *criza de evoluţie* psihobiologică (pubertate, adolescenţă) şi cuprinde copilăria şi adolescenţa; această etapă de viaţă se caracterizează prin creştere, achiziţii, învăţare, formarea personalităţii, afirmarea vocaţiilor, aptitudini, gusturi, interese, sensibilităţi; este o etapă de viaţă psihobiologică foarte încărcată, de o mare labilitate, în care se formează identitatea persoanei respective; având o mare încărcătură de evenimente şi prefaceri, ea se caracterizează prin instabilitate, cu un risc crescut de îmbolnăvire psihică (tulburări de comportament, crize de adolescenţă, conduite de violenţă, idei şi tentative de suicid, schizofrenie); această etapă de viaţă necesită măsuri speciale de protecţie şi educaţie orientate în direcţia formării personalităţii copilului şi adolescentului, în vederea protejării stării de sănătate mintală;
b) *etapa de stabilitate* şi echilibru biopsihosocial reprezintă vârsta adultă şi se întinde pe o lungă perioadă de timp, între momentul *crizei de evoluţie* (pubertate-adolescenţă) şi momentul *crizei de involuţie* (menopauză, andropauză); este o perioadă de stabilitate şi echilibru, în care personalitatea complet formată se va afirma în plan familial, social şi profesional; această etapă de viaţă se caracterizează prin experienţa individului, ce presupune alte noi achiziţii, formarea unor „atitudini" noi, a unor concepţii personale, dobândirea unui statut şi a unui rol psihosociale stabile, proprii; viaţa adultului se caracterizează prin competiţie, ceea ce presupune atât „eşecuri", cât şi „succese"; riscul pentru starea de sănătate mintală priveşte, în primul rând, capacitatea de adaptare a individului la viaţă şi de reuşită în competiţia cu ceilalţi; specifice pentru această perioadă ca boli psihice sunt nevrozele, depresia, stările reactive, alcoolismul, psihozele afective, paranoia, bolile psihosomatice; din punctul de vedere al igienei mintale, se impune instituirea unor „tactici şi strategii de viaţă" care să menţină echilibrul psihic şi capacităţile de adaptare a individului la viaţă;
c) *etapa de involuţie* biopsihosocială reprezintă bătrâneţea individului; ea survine după încheierea „crizei de involuţie psihobiologică" şi se caracterizează printr-o slăbire progresivă şi globală a performanţelor, labilitate emoţională, restrângerea intereselor, a comunicării, slăbirea (deteriorarea) treptată a personalităţii, tendinţa de izolare, întoarcerea ca trăire în trecut; este o etapă de viaţă extrem de fragilă, cu un risc crescut, ce se accentuează progresiv cu scurgerea timpului, afectând starea de sănătate mintală a individului; *involuţia*, care e un proces de „uzură naturală" psihobiologică, se poate complica prin senilitate, ce reprezintă aspectul patologic al involuţiei, favorizând dezvoltarea nevrozelor şi psihozelor de involuţie, de regulă de factură depresivă, presbiofrenia, demenţa senilă; din punctul de vedere al igienei mintale, se impun măsuri de protecţie specială, evitarea schimbărilor ce ar putea solicita din partea persoanelor în vârstă un efort de adaptare de care nu sunt capabile, menţinerea unui climat afectiv echilibrat, protector şi securizant, stimularea şi comunicarea etc.

Capitolul 14

Psihoigiena copilului şi adolescentului

1. Stadiile de dezvoltare/maturizare

Copilăria şi adolescenţa sunt perioade de viaţă deosebit de importante, întrucât în acest interval de timp se organizează şi se dezvoltă personalitatea individului. În această etapă a „istoriei individuale" se produc numeroase transformări, importante şi rapide ca succesiune în timp, ale personalităţii, cu caracter specific, schimbări care reprezintă, în egală măsură, nu numai condiţia dezvoltării, ci şi un risc crescut pentru starea de sănătate mintală a individului. Fiecărui „stadiu" de dezvoltare îi corespunde o anumită „configuraţie a personalităţii", dar şi o anumită „patologie psihică". Din aceste considerente, aspectele legate de creşterea şi dezvoltarea individului din perioada copilăriei şi adolescenţei interesează în mod special igiena mintală.

Numeroşi autori au descris, din unghiuri diferite, *stadiile de dezvoltare* a individului, de la naştere până la încheierea adolescenţei, în relaţie cu variatele aspecte psihologice şi psihopatologice ale acestei perioade de viaţă. În sensul acesta, există mai multe „modele de dezvoltare", pe care le vom prezenta în continuare (vezi tabelul de mai jos).

Modelele *stadiilor de dezvoltare* a personalităţii la care ne referim sunt următoarele (E.J. Anthony):

a) modelul propus de S. Freud, având în vedere stadiile de dezvoltare şi maturizare pulsională psihosexuală, care sunt: stadiile *oral*, *anal*, *oedipian genital*, stadiul de *latenţă* şi stadiul de *maturizare sexuală*;
b) modelul propus de J. Piaget, având în vedere stadiile de dezvoltare cognitivă, reprezentate prin stadiile *senzorial-motor*, *simbolic*, *intuitiv-reprezentativ*, *concret-operaţional* şi *formal-operaţional*;
c) modelul propus de E.H. Erickson, axat pe dinamica dezvoltării stadiilor psihosociale, reprezentate prin: *încredere-neîncredere*, *autonomie/îndoială/teamă*, *iniţiativă/vinovăţie*, *valorizare/inferioritate*, *identitate/confuzia rolului*;
d) modelul propus de A.T. Jersild şi F.B. Holmes, având în vedere stadiile formării şi maturizării afective ale individului: *frica* (de întuneric, singurătate, locuri străine, zgomote, abandon), *separarea/părăsirea*, *imaginile de personaje fantastice/animale*, *teama* (de eşecuri şcolare, ridiculizare, desfigurare, boală, moarte), *sentimentul penibil de a fi diferit* (fizic, social, intelectual, sexual etc.).

Fiecăreia dintre etapele de creştere şi dezvoltare mai sus descrise îi corespund tulburări specifice ale stării de sănătate mintală, după cum urmează (E.J. Anthony):

a) în perioada de vârstă cuprinsă între 0 şi 1,5 ani: autism, depresie, tulburări polimorfe de somn;
b) în perioada cuprinsă între 1,5 şi 3 ani: negativism, constipaţie, coşmaruri, timiditate etc.;
c) în perioada de vârstă cuprinsă între 3 şi 5 ani: fobii, coşmaruri, tulburări de vorbire de diferite tipuri, enurezis, encoprezis, stări anxioase;
d) în perioada cuprinsă între 6 şi 11 ani: dificultăţi şcolare, fobii şcolare, obsesii, simptome variate de conversiune, ticuri;
e) în perioada cuprinsă între 12 şi 18 ani: tulburări de identitate, anorexie mintală, schizofrenie, comportament delictual.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că dezvoltarea din cursul copilăriei şi adolescenţei nu este decât o etapă de pregătire şi transformare în direcţia constituirii şi desăvârşirii individului pentru viaţa adultă. Ea este formată din „stadii evolutive" succesive, fiecare dintre acestea având un profil propriu, cu caracteristici specifice pentru starea de sănătate mintală, dar şi cu o patologie psihiatrică diferenţiată. Acest aspect se poate vedea în tabelele de mai jos.

Stadiile de dezvoltare între 0 şi 18 ani.				
Vârsta	Stadiile psihosexuale	Stadiile psihosociale	Stadiile cognitive	Stadiile afective
0-1,5	Oral	Încredere/ neîncredere	Senzorimotor	Frică
1,5-3	Anal	Autonomie/îndoială	Simbolic	Separare/părăsire
3-5	Oedipian/genital	Iniţiativă/vinovăţie	Intuitiv/ reprezentativ	Imagini terifiante
6-11	Latenţă	Valorizare/ inferioritate	Concret/ operaţional	Teamă
12-18	Maturizare sexuală	Identitate/confuzia rolului	Formal/ operaţional	Sentimentul penibil de a fi diferit

Riscul de îmbolnăvire psihică între 0 şi 18 ani.	
Vârsta/stadiul de dezvoltare	Tipul de tulburări psihice
0-1,5	Autism, depresie, tulburări polimorfe de somn
1,5-3	Negativism, constipaţie, coşmaruri, timiditate
3-5	Fobii, coşmaruri, diferite tulburări de vorbire, enurezis, encoprezis
6-11	Dificultăţi şcolare, obsesii, simptome de conversiune, ticuri
12-18	Tulburări de identitate, anorexie mintală, schizofrenie, comportament delictual

2. Prima şi a doua copilărie

Psihoigiena copilului începe cu măsurile aplicate femeii gravide. Personalitatea şi starea emoţional-afectivă, metabolismul femeii, ritmul somn-veghe sunt aspecte esenţiale legate de dezvoltarea ulterioară a viitorului copil, precum şi de perioada de embriogeneză.

În acest sens, o deosebit de mare valoare prezintă următoarele aspecte:

- statutul marital al femeii gravide;
- modul în care aceasta a conceput copilul;
- dorinţa femeii de a avea sau nu copii;
- sănătatea fizică şi psihică a viitoarei mame;
- anturajul familial, social şi profesional al femeii;
- modul de alimentaţie al gravidei, utilizarea de alcool, cafea, tutun, droguri, medicamente etc.;
- eventualele afecţiuni intercurente (infecţioase, toxice, traumatisme, boli psihice etc.), care pot afecta cursul sarcinii;
- eventualele tratamente urmate de femeie în cursul sarcinii, care pot avea efecte asupra copilului;
- încercările nereuşite de întrerupere a cursului sarcinii.

O atenţie deosebită trebuie acordată momentului naşterii, dat fiind faptul că acesta poate aduce adesea complicaţii neplăcute atât pentru viitoarea mamă, cât şi pentru copil. În sensul acesta, măsurile de psihoigienă care se impun sunt următoarele:

- pregătirea psihologică a femeii în vederea naşterii;
- pregătirea femeii pentru a primi, ca perspectivă, statutul de viitoare mamă;
- pregătirea şi asigurarea unor circumstanţe pozitive ale momentului naşterii;
- îngrijirile emoţional-afective speciale din perioada de lactaţie;
- instituirea unei atmosfere de calm, de echilibru, favorabilă mamei şi copilului;
- un rol deosebit este acordat modului în care sunt întâmpinate naşterea şi intrarea noului copil în grupul familial.

Măsurile de psihoigienă care se impun a fi aplicate copilului diferă în raport cu vârsta acestuia. Pentru adecvarea lor sunt stabilite trei perioade: nou-născutul (0-1 an), copilul mic (1-3 ani), preşcolarul (4-7 ani).

Psihologia nou-născutului (0-1 an) trebuie să ţină seama de următoarele aspecte:

- ţipătul de la naştere al copilului este un indiciu de sănătate, dar totodată el exprimă şi suferinţa provocată de intrarea în joc a primelor reflexe şi instincte;
- apariţia unor obiceiuri caricaturale rele, cum ar fi sugerea degetului, capriciile, încăpăţânările, atacurile de mânie, plânsul;
- copilul se dezvoltă în funcţie de relaţiile dintre părinţi, relaţiile dintre el şi părinţii săi, atmosfera emoţională din casă.

Psihologia copilului mic (1-3 ani) are în vedere următoarele aspecte:

- existenţa tulburărilor digestive, a colicilor, a erupţiei dentare;
- jocurile; relaţiile cu ceilalţi, cu adulţii, cu fraţii, cu copiii;
- imitaţia.

Psihologia copilului preşcolar (4-7 ani) trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte:

- integrarea acestuia în grupul familial;
- relaţiile diferenţiate cu părinţii;
- relaţiile diferenţiate cu fraţii;
- relaţiile diferenţiate cu celelalte rude;
- începerea primelor forme de educaţie instituţionalizată.

Un rol important în igiena mintală a copilului îl au câteva aspecte particulare, cum sunt:

- psihotraumatismele emoţional-afective, carenţele sau frustrările;
- formarea complexelor;
- defectele de educaţie în raport cu dezvoltarea emoţională şi formarea personalităţii;
- influenţa pozitivă sau negativă a modelelor asupra copiilor (părinţi, fraţi mai mari, bunici, alte rude sau alte persoane);
- jocurile;
- activitatea în familie.

3. Copilul şi realitatea

Lumea sufletească a copilului are particularităţile ei, prin care se deosebeşte de lumea sufletească a adultului. Adulţii se înşală adesea atunci când încearcă să transpună asupra copiilor propria lor mentalitate, în loc să facă efortul de a înţelege mentalitatea acestora. Copilul trăieşte într-o lume de miracole, în care totul este însufleţit. El se obişnuieşte treptat cu realitatea, pe care şi-o însuşeşte printr-un dublu proces de *asimilare* şi *acomodare* (J. Piaget). În sensul acesta, educaţia este mijlocul de a conduce copilul din lumea viselor sale în lumea reală. Această „trecere" poate constitui pentru mulţi copii o criză gravă, cu implicaţii asupra dezvoltării şi a sănătăţii mintale. W. Stekel spune că lumea este frumoasă şi noi o privim cu ochi de poet. În sufletul oricărui copil există un germene poetic. A fi poet înseamnă a rămâne copil, în sensul cel mai bun al cuvântului.

Un rol deosebit de important în această perioadă revine formării personalităţii copilului, domeniu în care igiena mintală are de spus un cuvânt decisiv. H. Bouyer şi Martin-Sisteron pun accentul pe următoarele aspecte implicate în formarea personalităţii copilului: familia, şcoala, societatea şi Biserica.

Factorii cei mai importanţi în formarea personalităţii şi caracterului copilului sunt:

a) *instinctul de dominare*, care garantează forţa personalităţii şi capacitatea de adaptare a individului, sentimentele sale de onoare; în cazul tulburării acestuia, pot apărea diferite tipuri de devianţe, cum ar fi: orgoliul, vanitatea, invidia, conflictele afective, complexele de inferioritate;
b) *teama de risc, de necunoscut şi de durere*, care dă naştere la prudenţă, aprecierea raţională a situaţiilor, scopuri utile etc.; devianţele ce pot apărea în aceste situaţii sunt lenea, laşitatea, superficialitatea, rutina;
c) *apetenţa alimentară* este un fapt natural la copil şi ea se manifestă cu o intensitate mult mai accentuată decât la adult; din punct de vedere moral, ea reprezintă o tendinţă inferioară. În acest domeniu, pot apărea următoarele tipuri de devianţe: răsfăţat, refuz alimentar etc.;

d) *tendinţa de a construi lumi imaginare* este o situaţie frecvent întâlnită la copii, aceştia având obiceiul să se refugieze în imaginar şi să viseze; o asemenea înclinaţie trebuie însă să rămână un simplu joc şi să nu devină un mecanism cu ajutorul căruia copilul să evadeze din situaţiile dificile sau nedorite ale unei realităţi constrictive pentru el; în acest caz, refugiul în imaginar devine un pericol grav pentru starea de sănătate mintală şi dezvoltarea psihică ulterioară ale copilului. În ceea ce priveşte devianţele, E. Bleuler şi H. Claude au subliniat importanţa acestei predispoziţii în geneza autismului şi a schizofreniei; alte devianţe care mai pot apărea sunt obsesiile, scrupulele, fobiile, misticismul anormal, mitomania. În toate aceste situaţii, familia este prima care are datoria de a-l împiedica pe copil să evadeze în imaginar în afara situaţiilor de joc; trebuie instituite măsuri de igienă mintală care să combată inactivitatea, distracţiile bizare, râsul şi grimasele de unul singur sau în oglindă;
e) *tendinţa spre curiozitate* ţine de dorinţa copilului de a cunoaşte; este faza interogativă a lui „De ce?"; copilul întreabă mai puţin „Când?", „Cum?", „Ce este aceasta?"; trebuie să i se răspundă de fiecare dată clar, corect, concis, evitându-se greşelile, ironia etc.; în felul acesta se formează cunoştinţele şi gândirea logică; în caz contrar, copilul va căuta răspunsurile fie în afara familiei, fie în propria sa imaginaţie, ceea ce este un pericol pentru sănătatea mintală. Devianţele care pot apărea se manifestă prin deformarea gândirii şi prevalenţa imaginaţiei asupra logicii;
f) *sexualitatea* are o valoare specială, deşi este vorba despre copii; clasica „inocenţă" a copilului nu mai rezistă astăzi nici în morală, nici în psihologie, psihiatrie şi mai cu seamă în sfera psihanalizei; S. Freud a demonstrat existenţa unei sexualităţi prepubertare, mai ales atunci când a vorbit despre complexul Oedip; la copii se consideră că există în germene tendinţa către anomaliile viitoare ale adultului; în legătură cu aceste aspecte, sunt menţionate următoarele devianţe posibile: *sadismul* (manifestat prin plăcerea de a chinui animalele), *masochismul* (manifestat prin tendinţa de a fi umilit, bătut sau de a suferi dureri), *narcisismul*, *pitiatismul*. În ceea ce priveşte remediile, se vor găsi derivative în activităţile sportive, jocuri active, gimnastică, religie, artă sau educaţie morală;
g) *sentimentele morale şi religioase* pot avea un rol reglator-modelator şi sublimativ pentru alte tendinţe care se pot manifesta; uneori impregnarea ideilor ateiste poate fi urmată de convingerea că omul este liber să facă orice, conform voinţei sale, fără a răspunde de actele lui; în mod contrar, ideile legate de iad şi pedeapsa viitoare pot genera la copii angoase, fobii, obsesii.

4. Copilul şi familia

Pentru copii, părinţii reprezintă modelul. Relaţiile dintre părinţi şi comportamentul acestora sunt imitate de copiii din familie. Atitudinea părinţilor faţă de copii vectorializează atitudinea copiilor faţă de părinţi, precum şi a copiilor între ei în cadrul fratriei. În această privinţă, cele mai importante devianţe care apar sunt rezumate prin sintagma „ură familială" (G. Robin). Ura familială este semnalată încă de la începutul istoriei şi este cunoscută prin relaţia dintre Cain şi Abel, Romulus şi Remus, Josef şi fraţii săi, precum şi ura dintre tată şi fiu, aşa cum o întâlnim în motivele mitologiei greceşti, între

Zeus şi Cronos, dar mai ales între Laios şi Oedip, acesta din urmă constituind unul dintre motivele fundamentale ale psihanalizei.

Ura familială ia forme diferite, G. Robin fiind unul dintre cercetătorii care le-a descris şi clasificat:

a) *ura dintre fraţi* are la bază reacţii de apărare instinctivă, dar şi dorinţa unuia de a domina, dublată de dorinţa celuilalt de a ieşi de sub dominanţă; este expresia unui dezacord legat de „rangul de fratrie", precum şi a refuzului de a accepta dominarea unuia de către celălalt; este un sentiment de revoltă; acest tip de ură ne aminteşte cazul „fraţilor Karamazov" ai lui Dostoievski;
b) *ura dintre surori* are la bază vanitatea şi amorul propriu; ea este expresia dorinţei fiecăreia de „a fi" *mai mult* sau altceva decât sora sa; cauzele le regăsim în neînţelegeri, în sentimentul de gelozie etc.;
c) *ura dintre fraţi şi surori* are la bază gelozia, rănirea amorului propriu, vanitatea; ideea de superioritate a fratelui asupra surorii sale poate declanşa sentimentul tandru de protecţie, dar şi revolta acesteia la ideea de a fi supusă; impresia că unul sau una sunt mai avantajaţi de părinţi sau neglijaţi etc.;
d) *ura maternă*; T. Ribot afirmă că „în societăţile umane dragostea maternă este elementul universal, stabil, nodul vital"; când aduce pe lume fiinţe mici, asemănătoare ei, femeia se recunoaşte în ele şi apare un sentiment de simpatie şi de pietate, dar şi de proprietate; este un fel mascat de dragoste de sine, care schimbă egoismul în simpatie şi instinctul de proprietate în impulsiune afectivă (T. Ribot). La femei, tendinţele ostile faţă de copii se pot manifesta în două direcţii: manifestări pasagere de ostilitate, iritabilitate, injurii, care apar la mame tandre şi afectuoase în perioada premenstruală; din punct de vedere psihologic, instinctul matern se poate perverti în vanitate, ambiţie, idei greşite de educaţie morală sau igienă. Ura maternă poate fi nediferenţiată, în cazul copilului nedorit, al copilului adoptat sau vitreg, dar ea poate fi şi diferenţiată în mod preferenţial, orientată fie către fiu, fie către fiică;
e) *ura paternă*; sentimentul patern este mult mai instabil decât cel matern; ura paternă se manifestă prin ostilitate, tiranie, răceală, dominanţă, ironizare, impresia că dragostea soţiei sale pentru el este reorientată către copii, invidie;
f) *ura filială* reprezintă clasica rivalitate „fiu/tată", aşa cum apare ea în motivele mitologice „Zeus-Cronos" şi mai cu seamă „Laios-Oedip"; este, de fapt, vorba despre conflictul statutelor şi al rolurilor, manifestat prin tendinţa fiului de a uzurpa statutul şi de a prelua rolul tatălui, de a se substitui acestuia; în cadrul creştinismului însă, relaţia „tată-fiu" este o relaţie de comunicare bazată pe iubire.

5. Criza pubertară şi adaptarea şcolară

Pubertatea este considerată ca fiind „vârsta ingrată". În această perioadă a vieţii sale, *băiatul* prezintă un amestec incorect de copilărie şi virilitate, dispoziţii ridicole, o voce aspră, pilozitate facială. *Fata* are picioarele lungi, mâinile subţiri, pieptul şi şoldurile rău desenate. Ambii sunt dizarmonici fizic, dar şi psihic. Brutali, instabili, excesivi sau stângaci, copiii la această vârstă sunt dovada unei rupturi de echilibru, a unei pierderi a contactului cu viaţa.

Atenţia este capricioasă, dispoziţia afectivă bizară, cu tendinţe impulsive, timidităţi, enervări subite, se irită, plâng sau râd nemotivat. Copiii prezintă acum o activitate dezordonată.

La această vârstă, ideile sunt tranşante, paradoxale sau lipsite de francheţe. Se manifestă o stare de angoasă, denumită „neliniştea adolescenţei". Toate tendinţele ating o ordonare paroxistică – şi în primul rând sexualitatea.

Mediul familial devine prea strâmt şi prea fragil. Legile morale, sociale şi religioase – prea constrictive. Sufletul pluteşte între ipocrizie şi violenţă. Apar şi modificări de ordin fiziologic şi psihosexual: la fete menstrele, iar la băieţi erecţia.

Pubertatea este o „criză psihobiologică" de evoluţie, marcând o schimbare în plus a persoanei pe plan somatic, dar şi pe plan psihic. Din acest motiv, ea nu trebuie considerată o manifestare psihopatologică, ci o „criză de dezvoltare". Însă, din cauza marilor „furtuni" psihofiziologice pe care le declanşează, ea este susceptibilă de a duce la tulburări ale stării de sănătate mintală, cu implicaţii asupra dezvoltării viitoare a personalităţii, a vieţii afective şi a comportamentului tinerilor, ceea ce ridică serioase probleme de psihoigienă. Le vom analiza pe rând.

Educaţia sexuală are rolul de a oferi un cadru logic şi educativ de explicare a unor probleme care altfel sunt satisfăcute la întâmplare (prieteni „iniţiatori", literatură pornografică etc.). Frecvent, pot apărea tulburări emoţional-afective legate de aceste probleme. Educaţia sexuală la vârsta pubertăţii trebuie să fie individuală şi să se facă în familie; mama explicând aceste probleme fiicei, iar tatăl – fiului. Problemele sexuale nu trebuie nici ascunse, nici încărcate de o falsă pudicitate, de minciună sau de aspecte anxioase. În caz contrar, poate apărea o întreagă suită de deviante, care au la originea lor conflicte, stări complexuale, predispoziţii nevrotice, perversiuni etc.

Rolul familiei este deosebit de important pentru tinerii aflaţi la pubertate. Familia trebuie să înţeleagă „vârsta ingrată" şi să accepte distonanţele ei. Impulsurile trebuie reprimate cu o indulgentă simpatie, cu mult calm, fără violenţă sau conflicte. Fetiţa trebuie tratată ca o tânără fată, iar băiatul ca un tânăr.

Simţul moral şi religios reprezintă un alt factor esenţial în apariţia majorităţii conflictelor afective. Religia şi morala (religioasă sau laică), pot reprezenta pentru sănătatea mintală, pentru echilibrul armonios al Eului condiţia primordială a fericirii individului. Ele sunt o un sprijin, un ghid care ajută la o mai bună adaptare a individului.

Toate persoanele normale sunt capabile să găsească un suport şi un stimulent în sfera religiei sau a moralei pentru starea lor de sănătate mintală. În această privinţă există însă deosebiri.

Morala este rece, abstractă şi, în orice caz, mult mai puţin accesibilă copiilor. Religia, prin rugăciune, liturghie, istorie, dogmă, este mai bine şi mai direct receptată, având o valoare emoţională crescută. Nereligiozitatea inoculată sistematic unor tineri poate fi o mare eroare de igienă mintală. Aceste erori pot duce la situaţii grave, deosebit de periculoase.

În mod egal, excesul religios, povestirile dramatice despre iad, păcat, sacrificiu, pot duce la angoase, izolări, schimbări de gândire sau comportament etc.

În raport cu cele arătate, igiena mintală îşi propune să vină cu o serie de derivative, care ajută la descărcarea pulsiunilor tinerilor aflaţi la pubertate, canalizându-le interesele şi energia emoţional-afectivă, ordonându-le comportamentul după nişte criterii conforme cu dezvoltarea pozitivă a stării de sănătate mintală.

În sensul acesta, trebuie cultivate următoarele aspecte:

- gustul şi respectul pentru muncă;
- jocurile, sportul;
- tendinţele şi activităţile artistice;
- relaţiile interpersonale pozitive;
- lecturile adecvate vârstei, stimulante, exemplare;
- activităţile recreative, dar şi instructive.

O problemă deosebită care se pune la vârsta pubertăţii este legată de *adaptarea şcolară*.

Este ştiut faptul că nici un elev nu traversează etapa şcolară cu plăcere şi uşurinţă. Ea coincide cu anii cei mai frumoşi ai copilăriei şi adolescenţei, răpind libertatea şi timpul copilului. Mediul şcolar trebuie să reprezinte un mediu de tranziţie socială, pregătitor pentru individ în vederea integrării sale ulterioare în societate.

În această privinţă, igiena mintală se studiază înaintea pedagogiei. Pedagogia se ocupă cu instrucţia şi formarea copilului prin metodele cele mai eficiente. Igiena mintală urmăreşte formarea personalităţii, păstrarea şi dezvoltarea stării de sănătate mintală. Copilul nu poate înţelege necesitatea unui program de studiu, a unei activităţi continue, regulate, metodice şi a disciplinei de instrucţie. Deşi este dezagreabil pentru el, trebuie să i se impună acest program.

Adaptarea şcolară se realizează prin:

- inserţia sau integrarea afectivă a copiilor;
- dezvoltarea interesului, a curiozităţii şi a dorinţei lor de cunoaştere;
- cultivarea aptitudinilor;
- crearea unei ambianţe comunicaţionale şi comportamentale pozitive.

În mod asemănător, dificultăţile de adaptare şcolară sau aplicarea greşită a metodelor de educaţie sau învăţământ pot duce, la rândul lor, la situaţii neplăcute, de felul celor de mai jos:

- hipertrofia Eului, cu manifestări de tipul paranoiei;
- izolarea până la închiderea în sine de tip autist;
- surmenajul intelectual, care duce la oboseală şi inadaptibilitate;
- apariţia unor suferinţe somatice de tipul tuberculozei pulmonare, amigdalitei, apendicitei, nefritei, bolilor cardiace, scoliozei vertebrale, miopiei, bolilor neurologice diferite (coree Sydenham, ticuri, palpitaţii) etc.;
- efectuarea obligatorie a unor activităţi neconforme cu interesele şi aptitudinile elevilor.

Pentru o bună adaptare şcolară, se impun următoarele reguli de igienă mintală:

- un program de viaţă şi de studiu regulat;
- odihnă, respectarea orelor de somn;
- alternarea activităţii şcolare cu distracţii, jocuri, excursii;
- diversificarea sau schimbarea interesului;
- concursuri generale;
- obţinerea de satisfacţii legate de rezultatele profesionale.

O problemă deosebită care se pune pentru igiena mintală, în legătură cu starea de sănătate mintală, este cea a vieţii de internat sau cămin şcolar. Internatele pot duce la stări de izolare, prin desprinderea copilului de familia sa, sentimentul de încarcerare într-un mediu artificial, de regulă unisexual, tendinţa către apariţia unor conduite vicioase, schimbări de comportament, asocieri în grupuri delictuale etc.

6. Adolescenţa, sexualitatea şi orientarea profesională

E. Spanger atrage atenţia asupra a trei aspecte importante ale vârstei adolescenţei: *descoperirea propriului Eu*; *formarea unui plan de viaţă*; *penetrarea în diferitele domenii ale vieţii*.

Descoperirea propriului Eu semnifică separarea şi eliberarea adolescentului de familie şi detaşarea de obiectele de afecţiune ale perioadei copilăriei.

Formarea treptată a unui plan de viaţă este legat de experienţele noi, de prieteni, de transformarea imaginaţiei în proiecte de viitor.

Penetrarea în diferitele domenii ale vieţii se exprimă prin dezvoltarea vocaţiilor, a aptitudinilor, prin întrebări, îndoieli legate de răspunsurile la marile probleme ale lumii, istoriei, societăţii. Separarea de părinţi se extinde şi la dorinţa de a se detaşa de autorităţi. Acum îşi face apariţia spiritul contestatar, revoluţionar şi revendicativ. Adolescentul pretinde un loc, un statut şi un rol în viaţă într-un mod zgomotos sau chiar violent. Atitudinea de revoltă se poate îndrepta şi către Dumnezeu, religie, valorile morale sau culturale.

În cazul adolescenţilor, problemele de igienă mintală privesc în mod diferenţiat băieţii şi fetele.

Deosebirea în ceea ce priveşte dezvoltarea şi maturizarea personalităţii în funcţie de sex, cu implicaţii asupra stării de sănătate mintală şi boală psihică, a fost remarcată de specialişti (H.C.H. Steinhausen, E.J. Costelo şi A. Argold). Cele mai importante diferenţe se observă în aspectul stării somatofizice, în creşterea, maturizarea şi dezvoltarea diferitelor abilităţi (vorbire, funcţiile limbajului, abilităţi de recunoaştere şi reprezentare spaţială de tip praxo-gnozic), precum şi numeroasele şi nuanţatele tulburări psihice (sindromul hiperkinetic, autism, comportament disociat şi agresiv etc.).

Din punct de vedere sexual, aceste diferenţe sunt reprezentate în felul următor:

a) inegalitatea deosebirilor de maturizare a emisferelor cerebrale la băieţi şi fete, în sensul unei maturizări precoce a emisferei cerebrale stângi (funcţiile limbajului) la fete;
b) datorită dezvoltării inegale a funcţiilor psihice, specializarea şi educaţia sunt diferite în ceea ce priveşte fetele şi băieţii;
c) diferenţele de maturizare psihobiologică sunt influenţate şi de modelele de educaţie;
d) diferenţele de dezvoltare a personalităţii se autoechilibrează în timp;
e) aceste aspecte impun instituirea unor măsuri adecvate de igienă mintală în raport cu dinamica modalităţilor de dezvoltare individuală.

Tânărul

Caracterul şi comportarea acestuia amintesc de constituţiile nevrotice sau psihopatice, fără însă a fi vorba despre aşa ceva. Este vorba despre o stare de criză, de care igiena mintală trebuie să ţină seama. Părinţii şi educatorii trebuie să stimuleze adolescentul în a-şi descoperi, alege şi urma drumul în viaţă şi profesiunea conform propriilor sale vocaţii.

Entuziasmul este o trăsătură specifică vârstei. El poate fi fecund sau efemer, sub formă de bufee de tipul ciclotimiei. Apar false vocaţii legate de influenţa ambianţei, părinţilor, colegilor, a sugestiilor sau a tradiţiei. Vocaţia trebuie însă susţinută de aptitudini.

Pe lângă alegerea şi formarea profesională, sunt necesare şi activităţi recreative, distracţii, sport, lecturi.

Problema lecturilor în adolescenţă este deosebit de importantă, întrucât ele marchează personalitatea tânărului. W. Stekel vorbeşte chiar de „influenţa bibliotecii". Tinerii citesc şi iau primul contact cu cărţile pe care le au în casă. Literatura pornografică are cea mai rea influenţă, ca şi literatura cu subiecte inspirate din sfera violenţei. În acest sens, W. Stekel spune: „Spune-mi ce cărţi ai, şi-ţi voi spune care este mentalitatea copiilor tăi".

Un alt element, legat de lectură, este reprezentat de influenţa televiziunii, care, prin emisiunile ei, poate ocupa o mare parte din timpul tinerilor, creând chiar un fel de dependenţă, de tipul unei comodităţi de care nu se mai pot desprinde. Ea slăbeşte capacitatea de gândire creatoare, închide universul individual, face ca persoana să fie dependentă de informaţiile oferite de emisiunile TV, iar cel mai nociv este că ea „uită să gândească personal" sau să găsească soluţii, fiind dirijată de modelele oferite de TV.

Un alt aspect îl reprezintă prieteniile, care sunt răspunzătoare de influenţe şi imitaţii în ceea ce priveşte formarea caracterului.

La fel de importantă este problema sexualităţii, despre care am mai vorbit şi care necesită o atenţie şi o educaţie speciale. Un adolescent bine educat sexual este exceptat de la devianţe.

Tânăra

Formarea personalităţii tinerelor este influenţată, în primul rând, de direcţia evoluţiei vieţii afective a acestora. Dorinţele erotice au un alt sens decât în cazul băieţilor. Ele preferă relaţii de intimitate şi prietenii stabile. Idealurile fetelor sunt reprezentate prin întemeierea unei familii, apariţia copiilor, tandreţe, nevoia de a fi ocrotite etc.

Un aspect important îl reprezintă modul de a se prezenta, legat de feminitate şi specific acesteia: ţinuta, machiajul, îmbrăcămintea, mersul, modul de a vorbi, situaţia în grup.

Lecturile preferate de tinere sunt cele erotice, subiectele romantice; trebuie evitate lecturile pornografice sau cele care predispun la izolare, dramatizarea situaţiilor vieţii, defetism.

Profesiunea trebuie aleasă conform vocaţiei şi aptitudinilor fiecăreia, fiind ştiut faptul că în cursul vieţii fetele vor mai avea şi alte obligaţii, legate de creşterea copiilor, administrarea gospodăriei etc., activităţi pentru care trebuie să fie pregătite. (G. Lombroso, P. Marion, L. Daudet).

O problemă specială o reprezintă statutul social al femeii. H. Marion afirmă că, din punct de vedere natural, psihobiologic, femeia trebuie să fie, prin natura ei, în primul rând soţie şi mamă. Ulterior, se poate opta şi pentru un alt statut social, de regulă dobândit prin profesiune şi calificare. În orice caz, ea trebuie să aibă drepturi egale cu bărbatul, în profesiune ca şi în societate.

7. Psihologia şi psihopatologia adolescenţei

Fiecare vârstă are specificul ei. După G. Robin, adolescenţa este prin excelenţă vârsta discordanţei: abandonul ideilor şi al sentimentelor, perpetua devenire, eterna schimbare, totul presupune contradicţia. Este vârsta veleităţilor şi a decepţiilor. Pesimismul alternează cu entuziasmul pentru o idee nouă sau pentru o cauză nobilă. De aici rezultă o altă trăsătură a adolescenţei: ambivalenţa afectivă.

Pentru adolescenţi, lumea este prea mică, iar ei se simt mult prea mari pentru lumea în care trăiesc. Din aceasta decurg relaţii interpersonale defectuoase, tulburări de comportament, dificultăţi importante de adaptare. Se poate deci spune că drama adolescenţei este „drama realităţii". Lumea apare întotdeauna ca un obstacol în calea adolescentului.

În ceea ce priveşte trăsăturile psihologice ale adolescentului, acestea au un caracter destul de bine conturat şi sunt reprezentate prin următoarele:

a) *intransigenţa şi puritatea*; adolescentul apare ca o persoană „extrasocială". El se revoltă, neagă, refuză, nu acceptă nimic cu uşurinţă; sentimentele sale se manifestă într-o manieră directă, tranşantă, necorespunzătoare; nu acceptă nici un fel de renunţări sau compromisuri; de aici şi frecventele conflicte care apar;
b) *actele pure* se manifestă de regulă prin stări pasionale: criză politică extremistă, criză sentimentală, criză alimentar-vegetariană etc.;
c) *scopul* se manifestă adesea prin nevoia de a crede, nevoia de a se întâlni cu Dumnezeu; dacă tineretul nu are un scop, el şi-l creează; scopul adolescenţei are la baza lui eroismul, chiar dacă acesta îmbracă forme absurde; adolescenţa este arzătoare, clocotitoare de pasiuni interne;
d) *descoperirea Eului şi cenesteziile*; remarcăm la adolescenţi un dezacord între gândire, corp şi lumea exterioară; este vârsta descoperirii propriului Eu şi a unor cenestezii noi, de o altă natură; cenesteziile tulbură şi îmbunătăţesc imaginea de sine, în special cele din sfera sexuală; personalitatea, în acest caz, suferă o mutaţie (dilatare, mirare, autoadmiraţie, pudoare etc.); descoperirea Eului este o fază dramatică în evoluţia personalităţii; adolescentul caută, se autoanalizează, încearcă să se găsească pe sine; apar ezitări şi îndoieli, scrupule şi angoase, apare sentimentul de pudoare;
e) *depresia şi plictiseala*; adolescentul trăieşte adesea dureros aceste schimbări ale persoanei sale; ele se pot manifesta prin stări de oboseală, tristeţe, depresie;
f) *gustul şi analiza sentimentului de a nu fi înţeles* sunt specifice pubertăţii şi adolescenţei; autoanaliza dezvoltă interogaţii care generează angoasa, mult mai accentuată la fete decât la băieţi; de aici şi impresia că tânărul nu este înţeles de nimeni, de familie, de societate, starea de anxietate şi izolare, de solitudine;
g) *sentimentul de libertate*; nevoia de libertate este specifică adolescenţei; ea e o stare ce invadează şi dilată personalitatea individului; din acest motiv, tinerii o refuză în

forma în care „au impus-o" adulţii sau aşa „cum este", întrucât nu corespunde cu idealul lor de absolut; ei se închid, se izolează sau se revoltă împotriva realităţii vieţii, construindu-şi un model propriu (mişcarea „hippy", muzica pop etc.); apare nevoia de evaziune, tendinţa de „a pleca în lume"; apar frecvente conduite de refugiu (fugă, vagabondaj, suicid, consum de droguri);

h) *incomunicabilitatea*; tinereţea are „pereţii" rigizi, ermetici; ea nu admite nici un fel de compromisuri şi, concomitent, suferă din cauza propriei sale izolări; din acest motiv, tinereţea nu poate comunica, iar adolescentul se izolează de lume;

i) *solitudinea* este legată de incomunicabilitate, de inadaptare şi de sentimentul „de a nu fi înţeles", fapt care face ca tânărul să se izoleze de lume;

j) *familia şi refugiul celular*; pentru adolescent, familia este prima închisoare pe care acesta trebuie să o dărâme şi din care caută permanent să evadeze; A. Gide o asemuieşte cu „regimul penitenciar"; pentru Ch. Bühler, ea reprezintă o perioadă de negaţie, cu un pronunţat caracter negativist în ceea ce priveşte valorile; ea se manifestă prin revoltă, fugă, metamorfoza sentimentelor, ca în cazul parabolei „fiului rătăcitor"; aceste manifestări sunt imperios corelate cu nevoia de a se autoafirma;

k) *problema sexuală* are o foarte mare importanţă la vârsta adolescenţei, aşa cum s-a mai spus; acum natura îşi cere drepturile; dorinţa sexuală se impune; libidoul va duce la sublimări, de regulă de tipul preocupărilor filosofice, metafizice, religioase, morale, ca o formă de consolare a unor pasiuni nefericite; filosofia adolescenţilor este nihilistă; ei neagă totul: utilitatea efortului, a muncii, chiar pe cea a vieţii sau a lumii, aşa cum vedem din cugetările filosofice ale lui E. Cioran, imaginea elocventă a unei mentalităţi adolescentine în sfera filosofiei; totul este inutil, lipsit de orice ideal; pesimismul, disperarea, nihilismul, scepticismul sunt filosofiile adolescenţei;

l) *autonomia*; adolescenţa este o lume aparte; ea are dreptul la autonomie; adulţii nu au voie să o împiedice, dar, în acelaşi timp, ei trebuie să fie „paznicii" adolescentului, gardienii raţiunii şi ai logicii, ai simţului realităţii, care trebuie cultivat, transmis şi impus tinerilor.

Din trăsăturile de personalitate ale adolescenţei se poate desprinde concluzia că această perioadă este extrem de importantă pentru starea de sănătate mintală, pentru formarea şi dezvoltarea ulterioară a adolescentului, în vederea maturizării acestuia. Igiena mintală este chemată să joace un rol de o deosebită valoare. Din acest motiv, este necesar să cunoaştem riscurile psihopatologice ale adolescenţei.

Despre adolescenţă se pot spune următoarele: prezintă *frontiere umane*; are *frontiere morale şi sociale*; are *frontiere morbide*.

De acestea din urmă este legată psihopatologia adolescenţei: sindroamele ei morbide, care reflectă tendinţele generale ale tinereţii. Trebuie ţinut seama, în plus, de faptul că tulburările psihice din cursul adolescenţei apar la personalităţi în curs de formare, de maturizare, în plină etapă de manifestare a unei „crize de dezvoltare" cu caracter natural.

Din acest motiv, tulburările psihice ale adolescenţilor vor fi conforme cu trăsăturile lor psihologice. În sensul acesta, notăm ca mai frecvente şi mai importante următoarele variante cu valoare tipologică: *emotivul, paranoicul, deprimatul, perversul, ciclotimicul, schizofrenicul*. Aceste tablouri clinice nu au însă un caracter bine conturat, ci apar ca semne de oboseală cerebrală şi fizică, emotivitate, iritabilitate, depresie şi tristeţe, discordanţă, obsesii.

Toate aceste *crize* trebuie privite cu o deosebită seriozitate şi prudenţă, întrucât ele pot fi simple crize sau pot masca debutul unor boli psihice severe, cu o evoluţie gravă în viitor. În toate situaţiile trebuie să avem în vedere faptul că adolescentul este prin natura sa „discordant" „ambivalent", „inadaptabil" şi că el „este privit" de adulţi într-un mod special. Redăm mai jos câteva aspecte generale, mai importante, ale psihopatologiei adolescenţei:

a) *nervozitatea şi oboseala* sunt legate de regimul fiziologic glandular al personalităţii adolescenţilor şi pot duce la o stare de pseudodisociere a personalităţii; remarcăm o stare de epuizare a inteligenţei şi o rapidă schimbare a caracterului; apar tulburări de dispoziţie afectivă şi instabilitate nervoasă;

b) *obsesiile* apar, de regulă, la persoanele închise în sine, izolate, concentrate şi impresionabile, la timizii cu complexe de inferioritate; acestea sunt persoane inerte, inactive, dar cu o mare bogăţie de idei de tip ruminativ; pe acest fond se nasc îndoieli, scrupule, obsesii, fobii, ezitări, pudoarea morbidă;

c) *crizele pubertare cu caracter episodic*; adolescenţa poate lua masca tuturor bolilor psihice. Astfel, pot apărea bufee de tip reactiv sau psihotic, ce fie sunt simple crize, fie exprimă debutul unei schizofrenii; ele au, de regulă, un caracter atipic, destul de greu de clarificat din punct de vedere diagnostic; se remarcă un amestec de elemente care conferă un caracter atipic tabloului clinic, cum ar fi: impulsiuni nemotivate, îmbufnare persistentă, apelul la suicid, revolta împotriva părinţilor şi a familiei, reflecţii metafizice stranii, idei politice reformatoare sau revoluţionare, sentimente de ură, stări de reverie morbidă, lene morbidă, cinism etc.; se mai pot întâlni bufee de tipul tulburărilor de comportament, al fugii sau al vagabondajului, al apetenţei pentru alcool sau droguri, al izolării morbide cu preocupări de tip autist;

d) *schizofrenia*, boală cu debutul fixat în perioada adolescenţei, este frecvent întâlnită; fondul ei se grefează pe starea de inactivitate şi indiferenţă a tânărului faţă de viaţă şi faţă de propria sa persoană, iar pe de altă parte, pe discordanţa acestuia în raport cu realitatea; tinerii sunt ursuzi, izolaţi, apatici, inactivi, indiferenţi, prezintă bizarerii, manierisme, inafectivitate cu o stare discordantă, izolare autistă;

e) *paranoicii*; tendinţele paranoice constau într-un orgoliu funciar, constituţional, manifestat prin egocentrism, autofilie, hipertrofia Eului, vanitate, neîncredere şi suspiciune, mergând până la idei de persecuţie, o judecată falsă bazată pe o logică rigidă şi tenace de tip paralogic; este un tip de gândire refractară în raport cu realitatea obiectivă; la paranoici, elementul esenţial este reprezentat prin „refracţia gândirii";

f) *pseudoparanoicii* sunt personalităţi de tip psihopatic în curs de formare, cu un mare grad de orgoliu compensator, protestatari virili, conflictuali, cverulenţi etc.

Capitolul 15

Psihoigiena adultului

1. Căsătoria

Căsătoria are un rol deosebit de important în viaţa individului. Ea implică două aspecte principale: întemeierea unei familii pe baze biologice şi psihoemoţionale; procrearea de noi indivizi, rezultaţi din coabitarea celor doi parteneri ai cuplului conjugal.

Căsătoria este, prin urmare, actul prin care se realizează familia, împreună cu toate aspectele *psihobiologice* şi *psihoculturale* ce decurg din aceasta.

Problema căsătoriei se pune la vârsta adultului tânăr, între 23 şi 30 de ani. Căsătoria este legată de următoarele aspecte:

- alegerea partenerului (ritual social, atracţie afectivă, interese sau convenienţe sociale);
- întemeierea familiei, ca act contractual civil între două persoane de sex opus;
- situaţia celor doi parteneri în cadrul grupului marital (masculinitate, feminitate).

De căsătorie depinde în foarte mare măsură evoluţia personalităţii, dar şi cea a stării de sănătate mintală a celor doi parteneri ai cuplului marital.

Majoritatea autorilor menţionează, din punct de vedere sociocultural, două tipuri de modele de căsătorie: *căsătoria de tip închis*, tradiţională, şi *căsătoria de tip deschis*, modern (Freedman, Kaplan, Sadock), fiecare având caracteristici proprii.

Căsătoria închisă	Căsătoria deschisă
1) Contacte stabilite prin tradiţie	1) Contacte dezvoltate prin şi de încurcături sau complicaţii personale
2) În raport cu rolul	2) În raport cu persoana
3) Luptă pentru realizare	3) Luptă pentru dezvoltarea mutuală
4) Compromis (sacrificiu)	4) Sinergie (unirea diferenţelor)
5) Securitatea bazată pe roluri	5) Securitatea bazată pe încredere

În ceea ce priveşte raportul dintre membrii cuplului marital, acesta are o influenţă directă, imediată asupra sănătăţii mintale, ceea ce face ca el să fie un obiectiv de interes major pentru igiena mintală. Relaţiile dintre partenerii familiei sunt:

- *pozitive*, de atracţie şi înţelegere, sau *negative*, de neînţelegere şi conflictuale;
- de *respingere* sau de *apropiere*;

- sentimente reciproce de iubire sau de ură;
- de suspiciune sau gelozie;
- toleranţă reciprocă;
- cointeresare sau interese divergente;
- legate de atitudinea faţă de copii şi modul de educare a acestora;
- relaţii cu rudele;
- legate de atitudinea şi relaţiile cu alte persoane din afara grupului familial.

2. Psihoigiena familiei

Aşa cum am menţionat, sănătatea mintală este în mare măsură determinată de structura şi dinamica grupului familial. De aceea, unul dintre criteriile de psihoigienă care se impune încă din momentul proiectării unui viitor cuplu familial este dat de aprecierea sau evaluarea stării de sănătate mintală a viitorilor parteneri.

Avizul medico-psihologic prenupţial implică mai multe aspecte, după cum urmează: controlul medical somatic, în vederea depistării unor eventuale boli cronice sau infirmităţi la parteneri; controlul medico-psihiatric, privind starea de sănătate mintală; controlul psihologic al partenerilor, punându-se accentul pe trăsăturile de personalitate, caracter, temperament, gusturi, interese etc.; o investigaţie a antecedentelor personale şi heredo-familiale ale partenerilor, atât din punct de vedere fiziologic, cât şi patologic; compendium vitae, privind caracteristicile afective şi intelectuale ale partenerilor, nivelul sociocultural şi profesional-economic al acestora.

Alte criterii de care suntem obligaţi să ţinem seama ori de câte ori se are în vedere întemeierea unui cuplu familial sunt:

- atracţia reciprocă dintre parteneri;
- interesele materiale comune;
- nivelul social şi profesional;
- aspectul moral şi religios confesional;
- situaţiile impuse;
- nivelul cultural-educativ.

În cazul în care aceste aspecte sunt neglijate, pot apărea situaţii conflictuale, stări de tensiune sau chiar manifestări patologice de tipul devianţelor: diferenţe caracteriale şi de temperament între parteneri; bărbatul cu personalitate dizarmonică, brutal, impulsiv, alcoolic, imoral; femeia leneşă, inafectivă, rece, imorală, alcoolică; mentalităţi opuse în ceea ce priveşte modul de a vedea viaţa; stări de tensiune şi conflicte între parteneri; intervenţia sau pătrunderea unor persoane străine în cadrul cuplului (socri, rude, prieteni etc.).

Vârsta considerată optimă pentru căsătorie este cea cuprinsă între 18 şi 25 de ani, aceasta fiind văzută ca precoce înainte de 18 ani şi tardivă după 30-35 de ani.

Starea de sănătate mintală a membrilor familiei depinde, în egală măsură, de tipul de familie, funcţiile şi atmosfera familială.

În ceea ce priveşte tipul de familie, distingem:

- *familia nucleară*, formată din membrii conjuncţi şi copiii care rezultă;

- *familia lărgită*, în care, pe lângă membrii mai sus numiţi, apar copii adoptaţi, rude sau prieteni;
- *familia dezorganizată* prin decesul unui membru al cuplului conjugal, divorţ sau separaţie;
- *concubinajul*.

Grupul familial îndeplineşte o serie de funcţii, şi anume: *biologică*, de procreare; *socială*; *economico-materială*; *cultural-educativă* şi *morală*.

Atmosfera vieţii de familie implică, la rândul ei, mai multe aspecte:

- *latura psihologică*, legată de înţelegere, acord, concesiuni reciproce sau, dimpotrivă, conflicte, separaţii, divorţ, gelozie, ură, agresivitate între parteneri;
- *latura biologică*, legată în principal de viaţa sexuală a membrilor cuplului marital, care implică următoarele: fidelitate/infidelitate, obişnuinţă/noutate, devianţe sau tulburări de dinamică sexuală (impotenţă, frigiditate etc.);
- *latura psihiatrică*, presupunând existenţa în cadrul familiei a unor stări de tensiune psihică, acte de violenţă între parteneri, conflicte, infidelitate urmată de gelozie, existenţa unor boli psihice sau cazuri de suicid.

Un rol important în ce priveşte starea de sănătate mintală revine celibatului. Acesta are repercusiuni atât asupra personalităţii bărbatului, cât şi asupra femeii necăsătorite: diferenţe de adaptare, existenţa unor stări complexuale, frustrări afective sau de ordin moral, aversiune sau teamă pentru viaţa conjugală, deturnarea vieţii de familie în alte direcţii (acte filantropice, monahism etc.).

În legătură cu starea de sănătate mintală a familiei şi psihoigiena acesteia, sunt analizate şi statutul şi rolul membrilor familiei: *soţul*, *soţia*, *copiii*. Avem de-a face în acest caz cu o distribuţie a rolurilor sau funcţiilor: bărbatul este considerat, în general, capul familiei, el asigură protecţia, întreţinera, siguranţa şi aduce în familie un model de viaţă socială; femeia este egală cu bărbatul, ea aduce un model de viaţă emoţională, contribuie activ la creşterea şi educarea copiilor, desfăşoară activitatea casnică.

Problema psihologiei femeii şi a rolului acesteia în familie, în societate şi activităţile publice şi profesionale a preocupat mulţi specialişti (G. Lombroso, C. Lombroso, H. Marion, G. Forel, L. Daudet, W. Stekel). Vom insista asupra acestui aspect.

Femeia este partenera de viaţă a bărbatului. În acest spirit trebuie crescută şi educată tânăra fată. După Madame de Staël, „destinul unei femei este de a fi soţie şi mamă, iar educaţia trebuie să o pregătească în această direcţie. Orice alt model de educaţie poate avea consecinţe grave asupra viitorului femeii".

Majoritatea autorilor cad de acord asupra faptului că adevăratul destin al femeii este, în primul rând, acela de a se mărita şi, în al doilea rând, de a avea copii (H. Marion). Acest destin poate însă suferi modificări, în sensul că: nu toate fetele se mărită; nu toate femeile măritate sunt mame; unele femei sunt sortite să îmbătrânească singure, ca văduve, după ce au cunoscut viaţa de familie. Toate acestea pot marca în mod dureros viaţa femeii şi starea ei de sănătate mintală. Destinul femeii se realizează numai ca soţie şi mamă (H. Marion). Bărbatul se poate afirma în afara căsătoriei, printr-o viaţă bogată, complexă, în sfera profesională, politică, cultural-artistică etc.

Acest punct de vedere nu înseamnă că femeia trebuie să se limiteze exclusiv la aceste două roluri. Ea poate excela în multe domenii de activitate consacrate prin tradiţie

bărbatului. O asemenea concepţie caută să promoveze „mişcarea feministă" (J. Stuart-Mill, Secrétan), care consideră că femeia nu trebuie să fie subordonată bărbatului, ci egala lui în viaţa de familie şi în cea socială. Au apărut însă, cum era şi firesc, şi deformări ale acestei „egalităţi". Unde a dus egalitatea dintre bărbat şi femeie? Consecinţele sunt multiple, iar noi enumerăm numai câteva: schimbarea configuraţiei familiei; conflicte materiale, economice, de statut şi de rol familial şi social; modele greşite sau eşuate de educaţie şi creştere a copiilor; relaţii extraconjugale; competiţia dintre soţi a înlocuit cooperarea; apariţia unor interese şi obiective diferite ale partenerilor.

În protejarea stării de sănătate a membrilor cuplului marital, trebuie să se ţină seama de *diferenţele* biologice şi psihologice dintre bărbat şi femeie, apoi să se procedeze la instituirea egalităţii acestora. Este absolut necesară o *distribuţie diferenţiată a rolurilor*, după criterii psihobiologice şi sociale, şi nu o egalitate formală, de suprafaţă, care duce la tensiuni şi conflicte între sexe. Aceasta implică o distribuţie a rolurilor după aptitudini şi stabilirea domeniilor în care bărbatul are prioritate şi a celor în care femeile sunt de neînlocuit.

Distribuţia sociofamilială a rolurilor şi atribuirea statutelor pentru bărbat şi femeie ar contribui atât la asigurarea unei stări de sănătate mintală optimă, cât şi la stabilizarea familiei şi a societăţii.

3. Vârsta adultă şi adaptarea socială

Se consideră că vârsta adultă este cea a deplinei armonii psihice, biologice şi sociale a individului. În această perioadă, individul bine adaptat se realizează la maximum: tendinţele sale şi-au găsit căile de manifestare, iar rezultatele sunt stabile, sigure, constante, continue. Au dispărut ardoarea, neliniştea, entuziasmul, modul excesiv şi exaltat care face ca realitatea să fie văzută deformat. În locul lor apar şi se instalează sinceritatea, seriozitatea, raţiunea.

Viaţa profesională absoarbe întreaga activitate a adulţilor. Cariera s-a desenat şi îşi urmează cursul. Ea îi oferă individului echilibru, seninătate morală şi sănătate psihică. Constanţa este principiul psihoigienei. La această vârstă, experienţa proprie este utilizată şi se aprofundează. Apar simţul datoriei şi dorinţa de a obţine rezultate din ce în ce mai bune. La adult se constată dorinţa de a se remarca, de a obţine compensaţii, dar şi un statut de distincţie profesională.

Un alt aspect legat de această vârstă îl constituie nivelul economic. Dorinţa de a face avere este unul dintre mobilurile cele mai puternice ale activităţii umane, ea având semnificaţie atât pentru sine, cât şi pentru ai săi. Problema nivelului economic este legată de cea a instinctului de proprietate. Uneori însă, când dorinţa de „a avea" se combină cu egoismul, cu „a acapara", ea se centrează exclusiv pe propria persoană, devenind avariţie. Teama de viitor şi nesiguranţa obligă individul la acumulări de resurse materiale şi financiare adesea nejustificate. În această privinţă, un aspect cu valoare în psihoigienă este dat de „asigurările obligatorii", ca suport al stării de încredere şi, implicit, al unui echilibru securizant pentru starea de sănătate mintală.

Tot la vârsta adultă, structura morală a individului se află în raport direct cu igiena mintală şi starea de sănătate mintală, având în vedere următoarele: conservarea tendinţei de a câştiga, fără a lăsa însă ca aceasta să devină primordială şi sistematică; necesitatea

de a se pune o limită dorinţelor proprii; necesitatea de a se asigura pe sine şi pe ai săi faţă de eventualele situaţii critice, de mizerie etc.; necesitatea de a evita riscurile vieţii sau de a găsi soluţii de rezervă.

În ceea ce priveşte evoluţia personalităţii, se consideră că la adult personalitatea este complet formată, iar evoluţia acesteia încheiată. Cu toate acestea, apar şi elemente noi: ambiţia de a menţine un echilibru între viaţa psihică şi rezultatele activităţii; vanitatea; posturile avantajoase, premiile, distincţiile, favorurile, stima, recunoaşterea meritelor, superioritatea, reputaţia. Onoarea mai întâi, apoi onorurile, aceasta trebuie să fie deviza morală a adultului temperat, echilibrat, conştient. Cultul onoarei devine o pseudomistică, dominatoare, care va conduce persoana şi viaţa individului. Mai sunt apoi hipertrofia Eului, manifestată prin tulburări de caracter, erori de judecată etc., adaptarea efectivă, autocontrolul în situaţiile dificile ale vieţii (nenorociri, doliu, lovituri ale vieţii, decepţii). Se ştie că orice filosofie pesimistă prin natura şi concluziile sale este nocivă pentru starea de sănătate mintală.

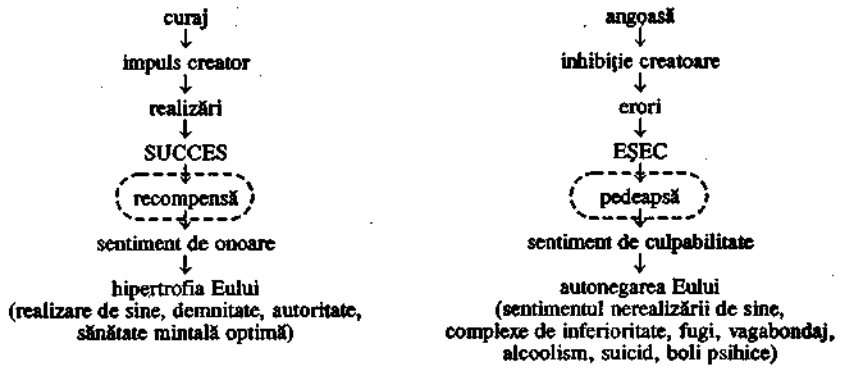
4. Eşecul şi succesul

Viaţa adultului este o competiţie care se desfăşoară permanent sub semnul imperativului luptei şi al responsabilităţii. În această dinamică, viaţa oscilează între succese şi eşecuri, ambele marcând profund viaţa şi activitatea, comportamentul şi mentalitatea, existenţa emoţional-afectivă ale adultului. Aceste aspecte sunt direct implicate în starea de sănătate mintală, iar cunoaşterea lor este esenţială în ceea ce priveşte obligativitatea instituirii măsurilor de igienă mintală cu valoare psihoprofilactică.

Prin urmare, trebuie să se aibă în vedere stabilirea unei balanţe între *posibilităţi – nivelul intelectual – competenţa profesională* şi *sarcini – situaţii – rezultate.*

Un rol major în acest proces revine Eului individual, forţei acestuia şi capacităţii de adaptare plastică la sarcini şi la situaţii.

Eşecul şi *succesul* reprezintă nu numai două situaţii, ci şi două direcţii de viaţă, două atitudini ale individului. Prima implică angoasă, nehotărâre, un *Eu slab*; cea de-a doua – curaj, hotărâre, fermitate, un *Eu puternic.* Aceste aspecte se pot observa în schema de mai jos:



Se poate vedea atât rolul Eului, cât şi felul în care Eul este influenţat de această dinamică de viaţă a adultului. În ceea ce priveşte rolul Eului, în sensul menţionat, reţinem următoarele: Eul reprezintă sinteza tuturor percepţiilor interne şi externe; el este conştiinţa de sine, a apartenenţei la grup şi la mentalitatea acestuia; Eul poate fi tiranic, dominant, puternic sau poate fi slab, dominat, submisiv, inert.

Rezultă de aici că ambele situaţii (de *eşec* sau *succes*) sunt direct legate de *Eul individual* şi că acesta, la rândul său, influenţează producerea acestor situaţii. În plus, atât eşecul, cât şi succesul contribuie la perfecţionarea Eului, precum şi a Supra-Eului moral şi social ale individului. Distingem în sensul acesta două direcţii, care corespund atât naturii Eului, cât şi sensului de evoluţie a stării de sănătate mintală a persoanei:

a) un tip de *Eu pozitiv*, solid, echilibrat, adaptativ situaţiilor vieţii, ca rezultat al educaţiei, culturii intelectuale şi morale, al educaţiei şcolare, sociale şi religioase; aceasta este condiţia succesului;
b) un tip de *Eu negativ*, slab, instabil, neechilibrat, incapabil de a se adapta la situaţiile vieţii trăite, datorat fie unor ambiţii personale neconforme cu posibilităţile individuale, fie unui model educaţional, moral negativ, fie unui model artificial, ireal, în care au valoare experienţele din cursul copilăriei, carenţele educative sau afective, imitaţia exemplelor rele, situaţii conflictuale sau refulările anterioare; toate acestea configurează posibilităţile eşecurilor şi o stare de sănătate mintală precară sau chiar alterată.

Dar succesul şi eşecul sunt legate şi de modul în care persoana „rezolvă" situaţiile vieţii, problemele sale personale sau profesionale. În această privinţă, studiile de psihanaliză şi de psihopatologie au adus explicaţii interesante (K. Bonhoeffer, A. Hesnard, P. Bovet, R. Allendy, R. Laforgue, S. Freud). R. Allendy pune problema destinului individual în sensul unei analize psihologice şi psihanalitice. K. Bonhoeffer discută problema succesului în raport cu cea a eşecului, analizând personalitatea liderului şi psihologia maselor.

Problema este deci complexă atât pe plan individual, cât şi pe plan social, eşecul şi succesul fiind două alternative ale existenţei umane (V. Jankelevitch, M. Ralea). În ambele situaţii, personalitatea umană este direct şi profund angajată, în sensul direcţiei de evoluţie a acesteia. Faptul ne face să ne gândim la relaţiile care există cu „situaţiile-limită" descrise de K. Jaspers. În orice caz, ceea ce are importanţă pentru noi este implicarea stării de sănătate mintală în situaţiile vieţii trăite de individ şi necesitatea adoptării unor acţiuni de psihoigienă cu rol protector.

Capitolul 16

Psihoigiena maternităţii

1. Cadrul general al problemei

Maternitatea este considerată evenimentul cel mai important din viaţa femeii. Credem că acest punct de vedere trebuie extins ca semnificaţie, atribuind maternităţii o valoare majoră, ca „eveniment al vieţii de familie".

Maternitatea, deşi aparţine prin natura ei femeii, este un eveniment care apare în interiorul unui cuplu şi care influenţează în mod direct şi profund viaţa celor doi parteneri şi, implicit, starea de sănătate mintală a acestora.

Maternitatea este un fenomen complex care a prilejuit numeroase discuţii şi analize din partea multor specialişti (H. Marion, W. Steckel, G. Lombroso, A. Hesnard, C. Enăchescu), o etapă din viaţa femeii ce reuneşte instinctul de conservare şi dorinţa-instinct de procreare. Instinctul matern îşi are sursa în „altero-centrismul femeii" (G. Lombroso), ca o împlinire a destinelor biologic, psihologic, social şi moral ale acesteia. Statutul femeii este mult mai nuanţat şi mai complex comparativ cu cel al bărbatului. Femeia este „fiică" (îşi iubeşte tatăl), „soţie" (îşi iubeşte soţul) şi „mamă" (îşi iubeşte, îşi protejează şi îşi îngrijeşte copiii). Ea este cea care dă naştere şi întreţine viaţa.

Maternitatea schimbă şi maturizează femeia, îi conferă un rol suplimentar, cel de mamă şi, prin aceasta, îi îmbogăţeşte „statutul" psihosocial. Perioada de graviditate provoacă, dincolo de transformările endocrino-biologice, şi schimbări psihologice şi morale ale femeii.

Pregătirea în vederea naşterii este o etapă particulară de aşteptare şi încărcare emoţională.

În perioada de graviditate, psihologia femeii se modifică. Aceasta este mai sensibilă, are mai multă nevoie de protecţie şi afecţiune, de înţelegere, dar mai ales de valorizare cu privire la viitorul şi apropiatul ei „rol de mamă". Din acest motiv, prezenţa şi atitudinea afectiv-protectivă ale bărbatului sunt de o importanţă majoră pentru femeia gravidă. Aceste condiţii sunt realizate *în* şi *prin* cuplul marital.

2. Cuplul marital şi maternitatea

Orice analiză a maternităţii este corelată cu viaţa cuplului marital. În cuplu se desfăşoară relaţia de „unire" dintre două persoane de sex opus, liber consimţită, sprijinită pe sentimente reciproce de iubire, preţuire şi respect, în vederea unei conviețuiri pe tot parcursul vieţii. Acestea sunt principalele caracteristici care definesc „cuplul marital" stabil, întemeiat pe coeziune şi consens.

Diferit de acest model normal, care asigură echilibrul reciproc al „părţilor" şi, prin urmare, o stare de sănătate mintală optimă, care garantează stabilitatea soţilor, mai există şi cupluri de factură anormală, de a căror importanţă suntem absolut obligaţi să ţinem seama, mai ales în cazul igienei mintale.

Cuplurile anormale sunt cupluri fragile, instabile, constituite întâmplător, din „întâlnirea" accidentală a unor persoane cu „probleme nevrotice" deja existente. Este vorba despre persoane frustrate, cu complexe de inferioritate sau de culpabilitate, care au nevoi de compensare din cauza unor eşecuri în relaţiile de cuplu anterioare. Ele văd în partenerul lor de cuplu actual un „personaj" asupra căruia îşi proiectează propriile „conţinuturi nevrotice". De regulă, în aceste situaţii, partenerul de cuplu este şi el, la rândul său, un personaj nevrotic care „înţelege" şi „re-proiectează" asupra celuilalt propriile „eşecuri nevrotice" anterioare. Se stabileşte astfel un model de „comunicare-înţelegere" şi de compensare reciprocă de factură nevrotică consolatoare.

Relaţia dintre „partenerii nevrotici" ai unui asemenea „cuplu" se va consuma rapid, iar „înţelegerea reciprocă" iniţială se va transforma în „culpabilizare" şi, ulterior, în „respingere" reciprocă. Apar conflicte, culpabilizări şi, în final, separarea şi disoluţia cuplului. Întâlnirile „nevrotice" sunt tensionate, lipsite de coeziune, afecţiune şi ele duc, prin dezacordul părţilor, la desfacerea relaţiei.

Am întreprins acest demers pentru că de natura şi calităţile cuplului depinde, în mod esenţial, starea de sănătate mintală a membrilor care-l compun, iar de aceasta, „actul de procreaţie". Copilul, aşa cum vom arăta în continuare, este un factor esenţial în interiorul cuplului, creând coeziune, stabilitate, cooperare, o atmosferă emoţională nuanţată şi, nu în ultimul rând, asigurând progresul şi consolidarea cuplului.

3. Când şi cum se procreează

Problema procreării, mai exact a „planificării procreării", este o etapă esenţială şi majoră din viaţa cuplului marital. Un adevărat cuplu marital este împlinit prin prezenţa copiilor.

Este de la sine înţeles faptul că *planificarea familială, procrearea copiilor* depind de *modelul cuplului marital*. Acest „model" este rezultatul unor instincte biologice, aşa cum am arătat mai sus, dar, în egală măsură, el depinde şi de factori culturali, educaţionali, morali şi religioşi. O dezbatere importantă se referă la „libertatea" sau „interdicţia" întreruperii cursului sarcinii, dezbatere în cadrul căreia se confruntă principiile şi interdicţiile moral-religioase cu libertatea („libera opţiune") a femeii de a hotărî, în conformitate cu voinţa proprie, „menţinerea" sau „întreruperea" cursului sarcinii.

Să revenim însă la actul de procreare. Mutaţiile din planul „mentalităţii sociale", „criza valorilor sociale", „moral-religioase", precum şi „noul stil de viaţă" care promovează o „sexualitate liberă", aşa-zisa „eliberare de prejudecăţile trecutului", au produs transformări profunde în viaţa socială a oamenilor, în conduitele şi acţiunile lor, în modul de a gândi şi de a simţi etc. Toate acestea au avut efecte dintre cele mai diferite, de regulă negative, asupra stării de sănătate mintală, atât din punct de vedere individual, cât şi colectiv. Egalitatea între sexe şi libertatea sexuală au produs efecte psihosociale negative ale căror urmări sunt încă greu de evaluat.

Dincolo de aspectele mai sus discutate, se pune problema *când* şi *cum* se procreează?

Un „răspuns-soluţie" la această întrebare vine, din punct de vedere practic, din sfera medicinei, în special a obstetricii, „propunând" o întreagă gamă de „soluţii moderne". Avem, în acest caz, două mari tipuri de procreare: *procrearea naturală* şi *procrearea artificială*. La acestea vom adăuga şi tipul de *procreare nevrotică*. Să le analizăm în continuare.

Procrearea naturală reprezintă „modelul natural", firesc, specific cuplului marital normal care îşi doreşte copii. Există însă situaţii medicale, în interiorul acestor cupluri, când actul de procreare, din motive medico-obstetricale, nu este posibil, recurgându-se la alte metode, cum ar fi inseminarea artificială, implantul de embrioni sau „uterul închiriat". Este de la sine înţeles faptul că, deşi tehnologia medico-obstetricală face posibilă procrearea, ea va afecta starea de sănătate mintală atât a cuplului marital, cât şi, în viitor, pe cea a copiilor.

Al treilea tip de procreare este reprezentat de procrearea nevrotică, care este fie întâmplătoare, fie produsă prin violenţă; în ambele situaţii, ea este nedorită. E specifică unei categorii sociale dezavantajate, nevrotice, cu tulburări psihice de graniţă (psihopaţi, alcoolici, sociopaţi etc.). Mai mult chiar, reprezintă un act psihotraumatizant major pentru „femeia-victimă". Acest tip de procreare poate fi urmarea unui act de incest, a unui viol sau şantaj. Există însă şi situaţii în care o femeie, pentru a-şi putea „capta" şi „păstra" partenerul dorit, de regulă pentru un profit personal, va da naştere unui copil.

Dincolo însă de „actul de procreare", fie că este un „eveniment dorit", fie că este un „eveniment accidental" de factură psihotraumatizantă, ambele situaţii, aşa cum am arătat deja, au implicaţii directe şi serioase asupra stării de sănătate mintală a cuplului respectiv. În toate aceste situaţii, copilul adus pe lume a fi un individ care va „prelua" asupra sa problemele de sănătate mintală ale cuplului în care s-a născut. Vom discuta în continuare acest aspect.

4. Situaţia copilului şi cuplul marital

Două probleme se discută în cazul raportului dintre *copil* şi *cuplul marital*: *statutul* copilului şi *viitorul* copilului. Să le analizăm pe rând în cele ce urmează.

Statutul copilului

Statutul copilului se stabileşte încă de la naşterea acestuia şi, dincolo de aspectele legate de starea sa civilă, el exprimă structura tipului de relaţie dintre părinţii-genitori. Situaţia ideală este cea a *copilului dorit*, aşteptat, care concentrează şi focalizează aspiraţiile, idealurile, dorinţele şi afecţiunea părinţilor săi. El va deveni centrul atenţiei vieţii familiale, în jurul căruia se vor construi toate proiectele familiei respective.

O situaţie complicată, tensionat-conflictuală apare în cazul *copiilor nedoriţi* sau al *copiilor veniţi accidental* în cuplu. Situaţia produsă de „statutul" acestui „intrus" este rezultatul stării de tensiune şi al conflictelor între partenerii cuplului, prezenţa acestui copil complicând şi amplificând tensiunea nevrotică deja existentă.

Statutul copilului nedorit de cuplu – şi, în principal, de mamă – va declanşa din partea mamei „relaţii de respingere nevrotică", mergând de la simplul abandon maternal până la actul de pruncucidere. Cu alte cuvinte, apariţia acestui copil determină un dublu sentiment de ruşine şi culpabilitate care schimbă statutul social şi psihobiografia mamei şi de care aceasta încearcă să se separe fie prin abandon, fie prin pruncucidere. Prezenţa copilului nedorit este un factor psihotraumatizant nevrotic care transformă sentimentul de ocrotire maternă într-un act de respingere agresivă. Din punct de vedere psihanalitic, „pruncuciderea" reprezintă gestul prin care este „anulat/eliminat" „obiectul culpabilităţii" femeii-mamă.

Acest tip de „atitudine (anti)maternală" este întâlnit, ca o formă particulară de tulburare a stării de sănătate mintală, la „mamele minore", imature emoţional-afectiv, cu intelect de limită sau debile mintal, cu carenţe afective şi frustrări nevrotice, de regulă persoane provenind din familii tarate psihic sau dezorganizate. Tot în această categorie de tulburări ale stării de sănătate mintală se înscriu actele de suicid ale „fetelor-mamă" (Cl. Rudich), ca un gest a cărui semnificaţie psihanalitică este de „a şterge" o conduită considerată dezonorantă din punct de vedere social, moral şi chiar religios. Acest tip de comportament *self-punitive* devine astăzi din ce în ce mai rar semnalat, datorită „eliberării sexuale" despre ale cărei consecinţe am discutat deja, privind conduitele sociale şi moravurile.

La formele de mai sus trebuie să mai adăugăm o categorie de copii care interesează *igiena mintală*. Este vorba despre *copiii adoptaţi*.

De regulă, familiile organizate, dar care din varii motive nu pot avea copii, recurg la adopţie. Gestul este nobil din punct de vedere uman, moral şi social, dar implică şi anumite riscuri, de care suntem absolut obligaţi să ţinem cont.

Dincolo de aspectele morale şi sociale pozitive, trebuie să admitem şi în cazul acestor „familii/cupluri" de adopţiune existenţa unui anumit *nucleu nevrotic*, în stare latentă sau mascat, care este rezolvat prin nevoia imperioasă de „a avea copii". Şi în aceste cupluri există o anumită „tensiune" manifestată printr-o proiecţie reciprocă a „vinovăţiei" membrilor cuplului marital, pe care însă prezenţa unui copil adoptat o anulează. Această nouă „prezenţă" va modifica viaţa cuplului, detensionând-o şi re-direcţionând afecţiunea, interesele şi atenţia de la „conflictele anterioare" asupra copilului, devenit „membru al familiei" respective.

Mai există încă o situaţie, cea a persoanelor singure, celibatare, pentru care „nevoia" de a avea un copil este mai puternic exprimată decât „nevoia" de a face parte dintr-un cuplu marital. Ne găsim tot în faţa unei situaţii nevrotice. „Nevoia de copil" este dată, pe de o parte, de „umplerea singurătăţii", iar pe de altă parte, de nevoia de „descărcare proiectivă" a afecţiunii asupra „copilului-obiect". Aceste efecte, care „compensează" nevroza mamei adoptive, vor apărea ca manifestări nevrotice ulterioare, dar şi ca tulburări caracteriale la copil.

Viitorul copilului

Al doilea aspect important care priveşte igiena mintală îl constituie *viitorul copilului*. Viitorul copilului, respectiv formarea personalităţii, a caracterului, dezvoltarea afectivă, intelectuală etc., depinde de „statutul" acestuia dobândit prin naştere, mai exact de

„tipul/modelul" familiei de origine, de sistemul de valori socioculturale şi moral-religioase al acesteia, de zestrea genetică şi de „atmosfera afectivă" a grupului familial.

Psihobiografia copilului contribuie în mod esenţial la formarea stării de sănătate mintală a acestuia. Echilibrul părinţilor, relaţiile şi tipul de comunicare dintre aceştia, afecţiunea şi protecţia reciprocă se vor reflecta pozitiv asupra dezvoltării copilului.

În mod egal, o *familie/cuplu* tensionată, conflictuală, violentă, formată din părinţi alcoolici, cu tulburări nevrotice, va influenţa negativ evoluţia copilului. Copilul din aceste „medii familiale" va manifesta tulburări de comportament şi de caracter, fugi sau vagabondaj, mitomanie, lipsă de motivaţie, acte de violenţă etc. Toate aceste simptome, care exprimă o tulburare severă a stării de sănătate mintală, sunt o consecinţă directă a influenţelor negative ale mediului familial nociv, cu caracter psihotraumatizant, asupra copilului. Un asemenea copil este „victima" şi „simptomul" crizei familiale în care s-a născut, trăieşte şi căreia îi aparţine, preluând şi interiorizând aceste aspecte negative.

5. Igiena mintală a maternităţii

Dincolo de cele prezentate mai sus se impune în mod obligatoriu instituirea unor măsuri adecvate de igienă mintală, specifice pentru perioada maternităţii. Ele vizează în primul rând femeia gravidă, familia acesteia, precum şi totalitatea măsurilor de pregătire în vederea „primirii/integrării" copilului aşteptat în grupul familial respectiv. Este de preferat, pentru o sănătate mintală optimă atât a cuplului, cât şi a copilului, cultivarea unor modalităţi de procreare naturală şi de supraveghere medico-psihologică corecte a femeii pe toată perioada graviditătii. În scopul evitării unor situaţii negative, suntem împotriva oricăror forme de „experimente obstetricale". Un rol important revine măsurilor de psihoprofilaxie, de instruire a gravidei în ceea ce priveşte pregătirea naşterii, asistarea corectă la naştere, în vederea creării unei atmosfere calme şi afectuoase.

Capitolul 17

Psihoigiena vârstei a treia

1. Crizele de involuţie

Crizele de involuţie marchează trecerea de la vârsta adultă la bătrâneţe. Ca şi crizele de evoluţie (pubertatea şi adolescenţa), acestea reprezintă o „vârstă critică" atât pentru femeie, cât şi pentru bărbat. La femeie, criza de involuţie se manifestă prin *menopauză*. Ea reprezintă încetarea activităţii ovariene (ovulaţia şi menstruaţia), la care se adaugă alte tulburări funcţionale: amenoree; tulburări vegetative (cefalee, lipotimii, modificări vasculare, hipertensiune arterială cu caracter oscilant, senzaţii de căldură alternând cu senzaţii de frig); tulburări psihice diferite, cu caracter poliform nesistematizat (insomnii, disforie, iritabilitate, plâns, anxietate, cenestopatii, astenie, inactivitate); tulburări sexuale (exaltarea activităţii sexuale de tip nimfomaniac sau diminuarea apetitului sexual).

Măsurile de psihoigienă care se impun în această situaţie sunt următoarele: tratament medical sedativ, endocrin şi psihoterapie; explicarea cauzelor acestor tulburări femeii respective; o atitudine de înţelegere, răbdare, protecţie, evitarea emoţiilor, a stărilor de tensiune psihică, a activităţii excesive, a oboselii, a infecţiilor; un regim de viaţă ordonat, evitarea toxicelor, o alimentaţie adecvată; evitarea consumului de alcool, cafea, a abuzului de medicamente; deturnarea activităţii către preocupări practice, utile, plăcute, relaxante; prevenirea sau tratarea unor afecţiuni psihice concomitente (culpabilitate, damnaţie, ruină, izolare, persecuţie, gelozie, crize pitiatice, tulburări afective, stări ipohondriace) prin crearea unei ambianţe plăcute, calme, protectoare şi antrenante, cu caracter securizant, plimbări şi călătorii.

Criza de involuţie la bărbat este mai puţin dramatică decât la femei şi nu e localizată în jurul unei vârste precise, ea instalându-se de regulă lent, în timp, după 55-65 de ani, uneori chiar după 70 de ani. *Andropauza* reprezintă începutul involuţiei activităţii sexuale şi se manifestă prin: exacerbarea apetenţei sexuale (satiriazisul senescent); tulburări psihice difuze asociate (cefalee, astenie, insomnie, cenestopatii, oboseală la efort); modificări emoţional-afective; reducerea randamentului intelectual; schimbarea preocupărilor, a intereselor, a relaţiilor interpersonale.

Măsurile de psihoigienă care se impun în această nouă situaţie sunt următoarele: tratament medical, sedativ şi endocrinologic, după caz; psihoterapie de susţinere; adoptarea unei forme de activităţi cu caracter sublimativ, cu rol derivativ şi substitutiv al instinctului sexual (lecturi, ştiinţe generale, filosofie, religie sau activităţi practice utile: grădinărit, gospodărie, colecţii etc.).

Un moment important al „vârstei critice" îl reprezintă cel al *retragerii din viaţa profesională*. Aceasta constituie o schimbare bruscă, gravă şi profundă, care poate

genera perturbări ale vieţii biologice şi psihice a individului. O consecinţă este accelerarea slăbirii intelectuale, care este mai rapidă şi mai profundă la bărbat decât la femeie. Femeia, prin atribuţiile sale casnice, îşi menţine un anumit ritm de activitate. Bărbatul, dimpotrivă, are sentimentul izolării, al inutilităţii, se refugiază în sedentarism, lectura ziarelor, cafenele, cluburi etc., care duc rapid la o slăbire emoţional-afectivă şi intelectuală a acestuia.

2. Involuţia

Perioada de involuţie este situată între 60 şi 65 de ani. Ea poate însă surveni şi în jurul vârstei de 45-50 de ani, ca un fenomen de preinvoluţie.

Involuţia naturală este un proces psihobiologic nepatologic. Ceea ce se consideră a avea un caracter patologic este *senilitatea* sau „bătrâneţea patologică" (Ch. Müller, H. Ey).

Involuţia are câteva aspecte psihologice şi psihopatologice care-i sunt caracteristice. J. de Ajuriaguerra afirmă că „fiecare îmbătrâneşte aşa cum a trăit". Bătrânul se distinge prin următoarele caracteristici: încetinirea şi diminuarea generală a vitalităţii; o deplasare a reacţiilor personalităţii de la extraversie către introversie; diminuarea gândirii creative şi a facultăţii de învăţare; motivaţiile devin din ce în ce mai monotone; facultatea de a se concentra un timp mai îndelungat scade; emotivitatea şi afectivitatea sunt mai slabe, mai şterse; apar apatia şi egocentrismul; modul de a reacţiona la situaţiile noi are un caracter rigid, stereotip; apare o accentuare a particularităţilor de caracter; sensibilitatea şi percepţiile sunt mai slabe, mai şterse, se diminuează acuitatea senzorială (văz, auz, pipăit, gust, miros); se produce o diminuare a memoriei, în special pentru datele noi, recente; gândirea suferă o regresiune de tip infantil; sentimentele superioare şi morale se şterg, fiind înlocuite cu egoismul, avariţia şi lăcomia.

În ceea ce priveşte tipologia bătrânului, se descriu două tipuri:

a) o bătrâneţe fiziologică, manifestată printr-o stare de euforie senină, lipsită de griji, surâzătoare, mulţumită de sine şi de lumea înconjurătoare, bine adaptată la realitate;
b) o bătrâneţe rea, urâtă, grea, apăsătoare, cu o stare de instabilitate, amărăciune, umbrită de nefericire, cu un sentiment al nenorocirii care apasă individul aflat în declin şi care-i face să sufere şi pe cei din jurul acestuia.

Importantă este şi atitudinea societăţii faţă de bătrâneţe şi de bătrâni. În Antichitate, bătrânul era simbolul înţelepciunii, al echilibrului, prudenţei, dreptei măsuri, al stării de armonie atinsă şi împlinită. Seneca şi Terenţiu vedeau însă şi avatarurile bătrâneţii: *„Senectus insanabilis morbud"*, spunea Seneca, iar Terenţiu, *„Senectus ipsa est morbus"*.

În Evul Mediu, bătrâneţea apare ca o infirmitate, ca o boală în sine (R. Bacon). Bătrânul este un personaj proscris, fiind asociat cu vrăjitoarea, artele malefice, relaţiile cu diavolul.

În Renaştere, bătrânul este privit cu multă rezervă, ca o formă de degradare a omului, cum vedem, de pildă, la personajele lui Shakespeare.

În iluminism se produce o reevaluare a imaginii bătrânului, pentru ca el să recadă în desuetudine în epoca modernă şi contemporană, care asimilează bătrâneţea cu boala, privind-o ca pe o infirmitate ireversibilă, urâtă şi dispreţuită.

Este important de cunoscut însă şi atitudinea bătrânilor faţă de propria lor stare. Aceasta are un caracter subiectiv, fiind reprezentată prin: grijile şi nevoile sociale, economice, de trai cotidian; infirmităţile fizice; diminuarea forţei şi a capacităţii de adaptare şi integrare; dezgustul faţă de viaţă.

Sunt însă şi situaţii în care bătrâneţea este privită cu satisfacţie, cu mulţumire, prin: eliminarea faptelor lipsite de importanţă; concentrarea asupra esenţialului; lărgirea vederii de ansamblu; concentrarea analitică asupra vechilor amintiri, a experienţei trecutului; bătrâneţea considerată ca realizare plenară a persoanei.

Bătrâneţea nu este o boală. Bătrânul normal, nepatologic este amabil, surâzător, lipsit de temeri, mulţumit de sine şi de anturajul său. O anumită igienă mintală se impune însă pentru a menţine acest tonus emoţional şi această stare de spirit. Pe aceste considerente, măsurile de psihoigienă recomandate bătrâneţii sunt următoarele: reducerea aportului de toxice; evitarea schimbărilor, menţinerea ritmului de activitate şi a modului de viaţă; supravegherea apariţiei şi evoluţiei arteriosclerozei cerebrale, a hipertensiunii arteriale, a bolilor cardiace, pulmonare; practicarea mişcării fizice şi a gimnasticii; evitarea discuţiilor, a conflictelor, a vizitelor obositoare şi prelungite, a schimbărilor de domiciliu, a călătoriilor, a grijilor materiale; întreţinerea unor activităţi plăcute, stimulante, recreative (lecturi, conversaţii, rememorarea trecutului legat de propria viaţă, familie, părinţi etc.); evitarea izolării şi a singurătăţii; asigurarea unor însoţitori din familie, care să-l servească şi care să-i ofere bătrânului un climat emoţional-afectiv pozitiv; evitarea încredinţării sale în grija unei sau unor persoane străine sau a internării acestuia într-un azil.

3. Perspectiva morţii

Pentru K. Jaspers, „moartea este ultimul termen", el incluzând-o în grupa „situaţiilor-limită". După părerea lui, perspectiva morţii poate fi considerată din mai multe unghiuri: biologic, psihologic, social, moral şi religios. Idei importante referitoare la problema morţii găsim la Platon, Seneca, Boethius, Sfântul Pavel, I. Kant, A. Schopenhauer, M. Heidegger, M. Scheler, M. Florian.

E. Kübler-Ross se ocupă de problemele persoanelor aflate în situaţii-limită (suferinţe cronice, boli incurabile) şi descrie cinci stadii de evoluţie clinică: denegaţia sau refuzul acceptării perspectivei morţii în urma depistării unei boli incurabile; mânia, starea de agitaţie la aflarea situaţiei respective; târguiala cu medicul sau cu sine însuşi: „Poate nu-i aşa! Poate-i o greşeală! Poate că s-a înşelat medicul! Poate că mai există o soluţie!"; deprimarea legată de deznodământul fatal; acceptarea situaţiei ca o „împăcare cu soarta".

Faţă de aceste aspecte deosebit de importante legate de modificarea stării de sănătate mintală şi echilibru psihic în raport cu perspectiva morţii, E. Kübler-Ross propune o serie de măsuri cu caracter psihoterapeutic în vederea pregătirii bolnavilor în faţa morţii. Metoda urmăreşte, în primul rând, combaterea angoasei şi a depresiei legate de ideea morţii.

Perspectiva morţii este dată nu numai de bolile incurabile, ci şi de faptul că fiecare individ este conştient că viaţa sa are un sfârşit. Orice boală sau vârstă înaintată, chiar nepatologică, este ameninţată de pericolul morţii (E. Goldenberg, B. Mount, M. Schattner,

R. Zitton, N. Steiner). Schimbarea datorată suferinţei modifică modul şi posibilităţile de comunicare a pacientului cu anturajul. Boala terminabilă, incurabilă, se însoţeşte de o suferinţă psihoafectivă deosebit de intensă pentru bolnav sau bătrân, fiind în egală măsură resimţită şi de anturajul acesta (M. Schattner). În aceste situaţii, asistăm la următoarele modificări ale stării de sănătate mintală: transformarea imaginii de sine; pierderea autonomiei şi a posibilităţilor de a se face util; teama de dependenţă şi de schimbarea rolului familial; pierderea statutului profesional; teama de a fi o povară pentru anturajul său; apariţia unor probleme financiare; teama de suferinţă, de separare, de moarte; sentimentul de culpabilitate, prin rememorarea retroactivă a propriei vieţi; grija pentru cei rămaşi după decesul său.

Această suferinţă dată de încheierea vieţii este cu atât mai puternică cu cât societatea, prin modelul sociocultural promovat, pune mai mult în valoare *sănătatea*, *frumuseţea*, *puterea*, *autonomia*, *tinereţea*, definind persoana prin „ceea ce a făcut în viaţă".

Boala incurabilă, ca şi bătrâneţea, reprezintă o criză existenţială marcată de numeroase probleme: cauza şi sensul bolii; întrebările: „De ce?" şi „De ce tocmai eu?".

În cazul acestei suferinţe complexe (psihologică, biologică, socială şi spirituală), angoasa şi depresia scad pragul de toleranţă a durerii fizice, accentuând durerea moral-spirituală. În asemenea condiţii, se impune instituirea unor măsuri de psihoigienă, de natură profilactică, aplicate de o „echipă terapeutică" interdisciplinară (medici, psihologi, infirmiere, asistenţi sociali, preoţi). Rezultatele depind de colaborarea şi coroborarea dintre diferiţi membri ai echipei terapeutice.

Vor fi respectate suferinţa şi particularităţile psihice ale fiecărui bolnav, în scopul păstrării demnităţii umane a acestuia. În scopul acesta, se vor facilita următoarele: posibilitatea de a simţi, de a se percepe pe sine şi realitatea; dorinţele; gândurile; opţiunile; acţiunile bolnavului.

Toate acestea vor avea ca rezultat instaurarea unei atmosfere de calm şi încredere.

Relaţia cu bolnavul sau cu bătrânul trebuie să se desfăşoare într-un climat de încredere, care implică două reguli stricte: bolnavul să nu fie niciodată minţit; să nu i se spună niciodată că „nu se mai poate face nimic pentru el", întrucât aceasta ar fi un act de abandon terapeutic generator de angoasă şi disperare.

Chiar dacă nu este posibilă vindecarea, se impune ca bolnavul să primească îngrijiri medicale de ordin paliativ.

Se cuvine să precizăm că a-i ascunde individului perspectiva realităţii conduce la fenomene de regresie a acestuia, cu pierderea sau diminuarea capacităţilor de adaptare la evoluţia bolii. La fel, „a-i spune totul" este tot atât de periculos, reprezentând un început de abandon din partea medicului şi un factor de angoasă pentru bolnav, care se va simţi părăsit. În acest sens, trebuie ţinut seama de studiile descrise de E. Kübler-Ross. Esenţială este menţinerea speranţei, dar nu prin minciună sau tranchilizarea individului prin false asigurări.

Un alt aspect de care trebuie să se ţină seama este opinia familiei. Familia, de obicei, cere să i se ascundă bolnavului adevărul referitor la boala sa şi evoluţia ei fatală. Adevărul medical nu este un scop de sine, ci el trebuie să-l ajute pe bolnav să parcurgă cât mai uşor, cât mai demn ultima etapă a vieţii sale. Trebuie să i se respecte dorinţele legate de tratament, îngrijire, comunicarea cu anturajul, gusturile.

Persoana în pragul morţii are nevoie de ocrotire pentru a putea găsi chiar în această situaţie un sens al vieţii, o speranţă dincolo de moartea fizică. Ea are nevoie să simtă că este iubită şi că i se oferă în continuare sprijin, că nu e abandonată.

Apelul bolnavului la eutanasie este determinat de următorii factori: suferinţe fizice majore; dureri insuportabile; depresii grave, melancoliforme; stări de angoasă; dorinţe marcate de suicid; sentimentul de izolare; incomunicabilitate; abandonarea şi lipsa de securitate a persoanei; pierderea sentimentului vieţii ca necesitate.

Eutanasia pare a fi conformă cu sentimentele de libertate şi de liberă opţiune ale persoanei. De fapt, ea este masca unei disperări în faţa unor „situaţii-limită", o formă de suicid. Ea este expresia unei incapacităţi de a se mai suporta pe sine însuşi într-o asemenea situaţie. Este conştiinţa sfâşiată a propriei degradări biologice, psihologice şi sociale. Dar ea este şi sentimentul unui abandon moral şi spiritual.

În cazul eutanasiei, omul se erijează în „principiul absolutului", în cel care „face legea" vieţii. În creştinism, îndurarea suferinţei este condiţia şi promisiunea garantării mântuirii. Speranţa şi credinţa sunt legile care exprimă absolutul şi care fac ca, în cazul „persoanei-limită", conştiinţa să se proiecteze în perspectiva transcendenţei.

4. Conflictul dintre generaţii

Problema conflictului dintre generaţii are un aspect particular, care nu trebuie neglijat de igiena mintală. El nu trebuie confundat cu tipul de conflicte ce apar în cadrul familiei, deoarece acestea au, în primul rând, un caracter psihologic de tip relaţional, pe când conflictul dintre generaţii se extinde dincolo de frontierele familiei.

Pot exista însă şi conflicte între generaţiile grupului familial. Ele se manifestă sub forma revoltei tinerilor faţă de părinţi sau bunici, faţă de autoritatea acestora şi sunt lichidate în momentul în care tineretul se identifică cu adulţii sau când sunt, la rândul lor, învestiţi cu rolurile adulţilor.

Conflictele dintre generaţii se manifestă însă cel mai pregnant în planul social-comunitar şi au la bază ciocnirea dintre mentalităţi diferite, dintre moduri de a gândi şi modele de comportament diferite, de la o generaţie la alta. Aceste aspecte apar pregnant în societatea modernă, legate în special de factorii de schimbare şi progres.

Oricărei generaţii de indivizi îi sunt specifice anumite „modele" de educaţie, gândire, conduită, cu care îşi construieşte un tip de ideal, aspiraţii, mod de viaţă etc. Schimbările ce se produc însă în societate fac ca aceste modele să se transforme, oferind noi direcţii de evoluţie socială şi psihoindividuală (A. Toffler, Z. Brzezinski, W. Rathenau, H. von Keyserling, K. Jaspers). Transformarea valorilor socioculturale antrenează o schimbare a atitudinilor, a gusturilor, a conduitelor, ceea ce are ca urmare adoptarea unui nou „stil de viaţă".

Generaţiile care asimilează un anumit *model cultural* îşi însuşesc un anumit *stil de viaţă*, conform acestui model. Asimilarea valorilor modelului cultural devine natura persoanei, la care aceasta „ţine" ca la ceva propriu, întrucât reprezintă însăşi identitatea sa. Schimbările sociale rapide fac însă ca aceste modele să se devalorizeze, fiind înlocuite cu altele noi, care sunt asimilate de generaţiile ce „intră" în lume şi le adoptă. În acest caz, modificările rapide şi profunde fac să coexiste în cadrul unei aceleiaşi comunităţi social-umane generaţii cu mentalităţi şi conduite diferite, cu stiluri diferite de viaţă, cu aspiraţii şi idealuri străine unele de altele. Aceste aspecte vor sta la baza conflictelor dintre generaţii.

Conflictele dintre generaţii sunt conflicte legate de „imaginile culturale" ale societăţii (A. Chombart de Lauwe) şi ele au fost sesizate de specialişti cu preocupări diferite. Ele se manifestă prin competiţia dintre generaţiile aflate la un moment dat în sfera societăţii. În acest sens, este important să ne oprim un moment asupra modelelor sociale sau, mai exact, a tipurilor de societăţi.

În *societăţile de tip tradiţional*, în care valorile modelului sociocultural erau transmise prin tradiţie şi conservate ca atare, diferitele generaţii „creşteau" în atmosfera aceluiaşi spirit, asimilându-l, conservându-l şi transmiţându-l mai departe. Valorile erau respectate, iar indivizii se conformau acestora.

În *societăţile de tip modern*, deschise progresului şi schimbărilor, asistăm la o succesiune rapidă a modelelor oferite membrilor societăţii. Acestea sunt asimilate diferit de generaţiile coexistente, fapt care face să apară deosebiri de mentalităţi, conduite şi stiluri de viaţă. Rezultatul este că fiecare caută să le impună celorlalţi stilul său de viaţă, ceea ce duce la conflicte, contestaţii, revolte.

Aceste aspecte s-au pus în mod imperios ca „problematică" în faţa omului şi a societăţii imediat după primul război mondial, când mişcarea de igienă mintală a luat amploare deosebită. Putem spune în sensul acesta că mişcarea de igienă mintală este o reacţie nu numai la problemele psihologice-psihiatrice ale individului, ci şi la marile probleme comunitar-umane, cu caracter psihosocial şi sociocultural, moral şi spiritual ale lumii moderne.

Încă din deceniul al doilea al secolului XX, W. Rathenau definea „tripla eroare" a epocii noastre: societatea modernă nu ştie să facă diferenţa dintre adevăr şi fals, întrucât ea *reacţionează în loc să simtă*; epoca modernă refuză să sacrifice ceva, cultivând exclusiv interesele materiale, şi nu valorile spirituale; epoca noastră este lipsită de interesul pentru cunoaşterea oamenilor, de respectul şi încrederea în aceştia.

Toate acestea se resfrâng asupra structurilor sociale, instituţiilor, autorităţii, relaţiilor interumane, formării omului, asupra mentalităţii, conduitelor, idealurilor. Ele vor genera conflicte sociale grave, care vor perturba atât echilibrul comunitar uman, cât şi echilibrul psihic al fiecărui individ. Problema este deosebit de complexă şi prezintă o multitudine de implicaţii sociale, istorice, politice, economice, morale, spiritual-religioase, psihologice şi medico-psihiatrice. Din aceste motive, igiena mintală îşi găseşte un loc important în strategiile sociale, în politica statului de ameliorare a condiţiilor psihosociale ale lumii şi vieţii moderne.

Starea de neliniştе psihosocială, nesiguranţa, primatul forţei în relaţiile intersociale şi al intereselor individuale în relaţiile interumane fac să crească tensiunea socială, neîncrederea, dificultăţile de adaptare, conflictele, agresivitatea. Lumea modernă este o „lume de criză" (F. Nitti, L. Bauer, R. Guénon, M. de Unamuno).

Conflictele dintre generaţii iau forme dintre cele mai diferite ca manifestare socială, uneori fiind de un dramatism profund şi cu aparenţă de ruptură. Degradarea *modelelor tradiţionale*, prin factorii de schimbare şi progres, face să fie înlocuite mentalităţile bazate pe valorile morale, socioculturale şi spirituale tradiţionale printr-o „mentalitate a mediocrităţilor" (W. Rathenau), o dată cu deprecierea modului de viaţă, a atitudinilor faţă de valorile tradiţionale şi cu dorinţa crescută de „a se afirma liber", dincolo de orice fel de constrângeri. Modelul sociocultural, valorile morale şi spirituale sunt percepute ca având un caracter coercitiv-limitativ pentru generaţiile tinere. Negarea lor eşuează în agresivitate, violenţă, discordanţă, revoltă, contestare, conduite antisociale sau anticulturale.

În legătură cu această situaţie anomică, de criză a valorilor sociale, asistăm la un conflict care depăşeşte diferenţele de mentalitate dintre generaţii.

W. Rathenau remarcă trei modele de *revoluţii sociale* a căror motivaţie o descoperă în reacţia indivizilor faţă de dezechilibrul social, şi anume: *revoluţia răzbunării*, manifestare primară a agresivităţii, care vizează indivizii, familia, grupele sociale, clasele sociale, având ca scop eliminarea acestora; *revoluţia egalizării bunurilor*, cu un caracter democratic, deoarece vizează instaurarea dreptăţii şi a ordinii sociale, dar şi cu un caracter arbitrar, subiectiv, degenerând în erori; *revoluţia responsabilităţii* sau revoluţia ce urmăreşte restabilirea ordinii spirituale, a valorilor social-morale şi culturale, care trebuie în mod firesc şi natural să structureze societatea.

Conflictul dintre generaţii ajunge în societatea modernă să devină o „stare de spirit social", care planează asupra relaţiilor interpersonale, afectând direct echilibrul social şi starea de sănătate mintală, şi de aceea măsurile de igienă mintală ce se impun sunt esenţiale.

Igiena mintală trebuie să ofere răspunsuri la problemele pe care le ridică societatea modernă. Ea trebuie să refacă starea de echilibru comunitar şi individual, prin oferirea de soluţii la adaptarea socială şi la integrarea armonioasă a tuturor membrilor societăţii. Un rol important revine măsurilor de educaţie, de formare a individului şi de cultivare a valorilor socioculturale şi morale pozitive, de dezvoltare plenară şi armonioasă a tuturor membrilor societăţii.

Capitolul 18

Psihoigiena familiei

1. Cadrul general

Chestiunea statutului social al familiei şi a relaţiilor dintre persoanele care compun acest grup reprezintă o temă de interes major pentru un mare număr de specialişti psihologi, pedagogi, psihiatri, psihanalişti şi psihoterapeuţi, asistenţi sociali, medici, sociologi, jurişti, economişti. Problemele pe care le ridică familia de astăzi, criza gravă pe care o traversează, schimbarea ierarhiilor şi a rolurilor în interiorul grupului familial, conflictele şi „nevroza conjugală" care duc la dezorganizarea familiei sunt numai câteva dintre temele majore la care ne referim (R.N. Anshem, R. Buckle, J.G. Howells, M. Porot, C. Dimitriu, I. Boszormenyi-Nagy, N.W. Ackerman, L. Frighi, C. Enăchescu).

În dreptul românesc, normele juridice în vigoare fixează în felul următor statutul grupului familial:

- familia este ocrotită de către stat;
- întemeierea unei familii se face prin căsătoria liber consimţită între soţi;
- sunt ocrotite interesele copilului minor;
- partenerii cuplului marital sunt egali în drepturi între ei;
- partenerii cuplului marital au datoria de a se ajutora reciproc.

Familia este grupul social în care soţii sunt uniţi prin căsătorie, au o gospodărie comună, sunt legaţi între ei prin relaţii natural-biologice, psihologice, morale, juridice şi răspund unul pentru celălalt în faţa societăţii. Familia reprezintă nucleul social elementar care-i uneşte pe soţi şi descendenţii acestora. Fiind o unitate socială, familia urmăreşte să asigure satisfacerea unei foarte complexe game de trebuinţe şi aspiraţii ale membrilor săi. Din acestea derivă o suită de caracteristici ale familiei:

a) este un grup social caracterizat prin determinări naturale şi biologice, singurul în care legăturile emoţional-afective şi de consangvinitate au o importanţă majoră;
b) este grupul întemeiat pe afecţiune, condiţiile juridice neintervenind decât pentru consolidarea legăturilor reciproce de înţelegere rezultate din unitatea de aspiraţii şi scopuri;
c) este cel mai mic grup social uman şi cel mai necesar, anterior statului şi oricărui alt grup social considerat în perspectiva cronologică a istoriei;
d) este întemeiată esenţialmente pe relaţii de intimitate, de armonie şi bunăvoinţă;
e) se afirmă ca fiind cea mai aptă să le asigure membrilor săi o dezvoltare multilaterală, armonioasă;

f) îmbină în modul cel mai fericit respectul faţă de tradiţie cu deschiderea spre viitor, transmiţându-le celor tineri un model de experienţă speranţe şi aspiraţii, fiind cadrul natural în care se formează personalitatea copiilor, dar şi mediul în care se formează şi se perfecţionează personalitatea părinţilor.

Pentru A. Berge, familia constituie mediul natural al copilului, având o influenţă hotărâtoare asupra dezvoltării acestuia, influenţă ce diferă de la o familie la alta, în funcţie de modelul educaţional pe care-l reflectă structura şi dinamica relaţiilor familiei respective. Pe individ familia îl satisface în măsura în care răspunde cerinţelor sale, oferindu-i în acelaşi timp un mediu afectiv şi protector.

C. Dimitriu, făcând sinteza funcţiilor grupului familial, distinge următoarele:

a) *funcţia biologică* a familiei constă din procrearea, protecţia şi creşterea copiilor, având ca finalitate perpetuarea speciei umane, condiţie indispensabilă existenţei şi menţinerii unei societăţi;
b) *funcţia juridică* este dată de raporturile de rudenie şi patrimoniale dintre membrii care compun familia, raporturi consfinţite legal prin actele de stare civilă ce atestă căsătoria, naşterea, adopţiunea, divorţul, precum şi administrarea comună a bunurilor materiale ale familiei;
c) *funcţia economică* a familiei exprimă nivelul de trai, posibilităţile material-financiare ale familiei în raport cu veniturile membrilor acesteia;
d) *funcţia culturală* a familiei este mult mai largă, în comparaţie cu funcţiile anterior expuse; cultura e înţeleasă ca formă de comportament, ca model educaţional al personalităţii, ca modele culturale de comportament; prin acestea li se asigură copiilor adaptarea la mediul social, transmiterea tradiţiilor, a tezaurului cultural etc.;
e) *funcţia educativă* este corelată celei culturale; aceasta reprezintă o acţiune dirijată, intenţională şi activă; ea are ca obiectiv final adaptarea şi integrarea eficientă a individului în societate; în acest proces, rolul esenţial revine „modelelor paternale", imitării şi interiorizării acestora de către copii; funcţia educativă are marea importanţă de a le oferi un „model de identitate" copiilor şi adolescenţilor, corelându-se în această direcţie cu funcţiile psihologică şi morală ale familiei;
f) *funcţia psihologică* a familiei are un caracter deosebit de complex, constând în următoarele: transmiterea ereditară a caracteristicilor psihice, formarea deprinderilor, dezvoltarea aptitudinilor, dezvoltarea psihomotorie a copilului, crearea unui climat emoţional afectiv pozitiv, protector şi securizant, rezolvarea situaţiei oedipiene, evitarea formării complexelor şi a situaţiilor de dependenţă;
g) *funcţia morală* este de o importanţă majoră şi constă în a cultiva în familie şi a le oferi copiilor valori morale, spirituale şi religioase, care vor marca dezvoltarea şi formarea personalităţii indivizilor, atitudinea lor faţă de viaţă şi faţă de lume.

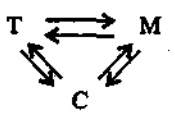
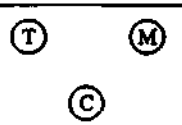
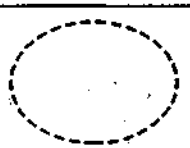
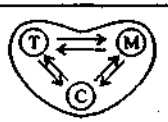
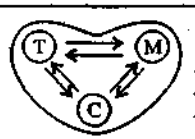
2. Organizarea grupului familial

În decursul istoriei umanităţii, familia a suferit numeroase mutaţii ca organizare, funcţii, roluri. A traversat momente de criză şi etape de stabilitate. A fost contestată şi apărată, dar nu a putut fi desfiinţată. Nu vom analiza aspectele evoluţiei istorie a familiei, ci ne vom centra discuţia pe aspectele familiei actuale şi problemele acesteia, legate de

sănătatea mintală şi boala psihică a membrilor săi, precum şi de măsurile de igienă mintală care se impun.

În cazul familiei moderne, J.G. Howells vorbeşte de „familia nucleară", pe care o defineşte ca fiind un subsistem al sistemului social general care constă din doi indivizi adulţi de sexe diferite, reprezentând cuplul marital, şi unul sau mai mulţi copii ai acestora. J.G. Howells distinge cinci elemente dinamico-structurale ale familiei (vezi schema de mai jos):

a) *situaţia prezentă* este reprezentată de totalitatea membrilor ce compun familia: *tatăl* (T), *mama* (M) şi *copilul* (C); ei se află într-o permanentă interacţiune; relaţia se prezintă sub forma unui amalgam de stimuli care, în final, au ca rezultat sudarea membrilor familiei între ei, formarea unor atitudini, modele de gândire şi de comportament comune, a unui *stil* de viaţă unitar;
b) *contribuţia trecutului*: fiecare dintre cele trei persoane de mai sus, ce intră în componenţa familiei, poartă amprenta unui trecut, a unui model interiorizat, a unei experienţe de viaţă familială şi socială acumulată anterior cu care „intră" în componenţa noului grup familial, iar rezultatele întâlnirii şi unirii membrilor cuplului marital reprezintă continuitatea dinamică a trecutului în cadrul prezentului familial;
c) *circumstanţele materiale* includ acei factori specifici fiecărei familii care sunt reprezentaţi prin următoarele: nivelul economic, condiţiile de locuit, nivelul de trai, nivelul cultural sau eventualele încrucişări culturale din familia respectivă etc.;

Situaţia prezentă	
Contribuţia trecutului	
Circumstanţele materiale	
Caracteristicile de grup ale familiei	
Interacţiunea familiei cu comunitatea socială	

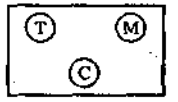
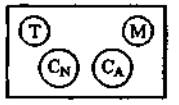
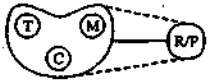
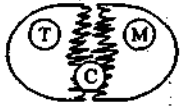
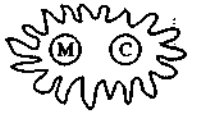
d) *caracteristicile de grup ale familiei*: aceasta reprezintă un grup de persoane în interiorul căruia calităţile fizice, psihice şi cultural-morale ale fiecărui membru al familiei îi vor influenţa pe ceilalţi, fie în sens pozitiv, fie în sens negativ;
e) *interacţiunea cu comunitatea umană*: familia acţionează asupra comunităţii social-umane în aceeaşi măsură în care comunitatea acţionează asupra grupului familial; acest aspect, din ce în ce mai puternic ca „presiune socială", determină schimbări profunde în organizarea şi dinamica familiei, pe care o scindează în „familii tradiţionale închise" şi „familii moderne deschise". Concomitent, se pune în discuţie şi problema „familiei extinse" sau „lărgite", definită ca grupul larg de indivizi care au legătură cu familia nucleară prin ereditate, căsătorie, înrudire etc.

Este absolut clar că starea de *sănătate mintală* a membrilor unui grup familial depinde în foarte mare măsură de modul de organizare şi funcţionare ale familiei, de natura relaţiilor de comunicare şi emoţional-afective dintre aceste persoane, de stilul de viaţă, de valorile cultural-morale şi religioase, de nivelul de educaţie şi profesionalizarea membrilor familiei respective. Numărul membrilor familiei şi particularităţile psihologice şi morale ale acestora au o importanţă deosebită, pe care A. Berge a subliniat-o, făcând referinţă la următoarele situaţii:

a) *familii foarte numeroase*, în care legătura copiilor cu adulţii slăbeşte; copiii se vor dezvolta fie egal, fie anarhic, în raport cu relaţiile afective dintre ei şi cu diferenţele de rang din fratrie; în aceste cazuri, „modelele parentale" sunt înlocuite cu „modelul fraţilor", ce cu timpul devin *nişte „pseudopărinţi teribili"*;
b) *familii de dimensiuni medii*, care au cele mai mari şanse de a conserva o atmosferă de armonie şi echilibru;
c) *familii incomplete*, în care există persoane în plus (bunici, unchi, mătuşi, veri, prieteni) sau în minus (lipsa unui părinte) şi care prezintă dificultăţi, neînţelegeri, conflicte între generaţii etc.

Cercetările întreprinse de noi au scos în evidenţă următoarele forme de grupuri familiale (C. Enăchescu, S. Retezeanu, V. Dragomirescu):

1. *familia nucleară*, formată din cuplul marital (soţ-tată şi soţie-mamă), la care se adaugă copiii naturali ai acestuia (T, M, C);
2. *familia nucleară cu copii adoptaţi*, formată din cuplul marital, la care se adaugă prin includere, alături de copiii naturali (Cn), copiii adoptaţi (Ca) (T, M, Cn, Ca);
3. *familia nucleară lărgită* sau grupul familial nuclear la care se ataşează rude (R) sau prieteni (P) ai acestora;
4. *familia nucleară în curs de dezorganizare*, reprezentând acel grup familial în care relaţiile afective, comunicarea, cooperarea sunt alterate, apar conflicte, stări de tensiune, acte de violenţă ce fac imposibilă continuarea vieţii de familie, ducând, după caz, la separarea sau divorţul partenerilor cuplului marital cu dezorganizarea familiei respective;
5. *familia dezorganizată* sau grupul de familie incomplet, caracterizat prin dispariţia unuia din membrii cuplului marital (abandon, divorţ, deces); aceasta este constituită din părintele rămas şi din copiii; în unele situaţii, se lărgeşte cu rude sau prieteni;
6. *concubinajul*, care, deşi nu reprezintă din punct de vedere juridic, moral şi religios o structură familială recunoscută şi acceptată, este „cuplul pseudomatrimonial", cu sau fără copii, ce duce o existenţă comună prin înţelegere mutuală.

Tipul de familie	Modelul de organizare
1) Familie nucleară	
2) Familie nucleară cu copii adoptaţi	
3) Familie nucleară lărgită	
4) Familie nucleară în curs de dezorganizare	
5) Familie dezorganizată	
6) Concubinaj	

3. Sănătatea mintală şi patologia psihiatrică a familiei

Domeniul *psihiatriei grupului familial* şi, corelat cu acesta, cel al *psihologiei familiei* s-au dezvoltat considerabil în a doua jumătate a secolului XX. La aceste probleme şi-au adus contribuţia un mare număr de specialişti din domenii variate (J.G. Howells, B. Beltelheim, N.W. Ackerman, A. Michel, I. Boszormenyi-Nagy şi L. Frano, A. Hesnard, A, Berge, G. Tordjman, H. Bloch şi A. Niederhoffer, H. Deutsch, C. Enăchescu şi A. Retezeanu).

După părerea lui J.G. Howells, *psihiatria familiei* reprezintă studiul prin care un membru al familiei cu tulburări psihoemoţionale sau de altă natură este considerat un „simptom-indicator" al modificărilor psihopatologice ale grupului familial din care face parte. Acest punct de vedere face trimitere globală la întregul grup familial, precum şi la instituirea unor măsuri terapeutice pentru toţi membrii familiei respective.

Condiţiile care pot duce la tulburarea stării de sănătate mintală a familiei şi la apariţia unor tulburări psihice în acest grup sunt reprezentate prin:

a) *cauze sociale*: întemeierea familiei pe interese lipsite de un suport afectiv pozitiv între partenerii cuplului marital, ruina economică, conflictele de natură materială, introducerea unor persoane străine în grupul familial, diferenţele etnoculturale etc.;
b) *cauze psihologice*: stările de tensiune în relaţiile dintre soţi, conflictele, lipsa de afecţiune, legăturile extraconjugale, actele de violenţă, diferenţele temperamental-caracteriale între soţi, tulburările psihice etc.;
c) *cauze datorate unor boli somatice sau psihice*, unele cu risc de transmitere genetică, alcoolism, toxicomanii, perversiuni sexuale, sifilis, TBC, sinucideri, acte antisociale etc.;
d) *alte cauze*: decesul unuia dintre membrii familiei, cazurile de doliu prelungit patologic, decesul unui copil, conflictele legate de copiii adoptaţi, conflictele între generaţii, atitudinea tiranică şi comportamentul violent al unuia din soţi, indiferenţa în relaţiile dintre membrii familiei etc.

Psihiatria familiei consideră „grupul familial" un tot, un „singur pacient", fiecare dintre membrii care intră în alcătuirea sa fiind privit ca un „simptom psihopatologic" al familiei respective. Riscul tulburărilor psihice creşte în grupul familial, în condiţiile în care integrarea structurală a familiei suferă (abandon, dezorganizare, separare, intrarea în familie a unor persoane străine, relaţii extraconjugale) sau în cazul deteriorării funcţiilor acesteia.

Cercetările personale privind dinamica stării de sănătate mintală şi patologia psihiatrică a grupului familial ne-au dus la concluzia existenţei următoarelor tipuri de familii, diferenţiate după potenţialul de „sănătate" sau de „boală psihică" (C. Enăchescu şi S. Retezeanu):

a) *familii sănătoase*, în care nu sunt puse în evidenţă alterări ale stării de sănătate mintală;
b) *familii cu potenţial psihopatologic, dar fără bolnavi psihic în componenţa grupului*, caracterizate prin existenţa unor stări de tensiune şi conflicte, prin prezenţa perturbantă a unor persoane străine de grup, conflicte între generaţii, existenţa unor boli somatice grave cu evoluţie cronică, prezenţa unor persoane handicapate fizic sau intelectual, prin decesul unor membri ai familiei etc.;
c) *familii cu bolnavi psihic compensaţi*, în care cel puţin unul dintre membrii familiei prezintă tulburări psihice, dar a cărui prezenţă nu modifică atmosfera psihologică şi nu influenţează starea de sănătate mintală a grupului familial;
d) *familii cu bolnavi psihic decompensaţi*, a căror prezenţă alterează considerabil atmosfera, relaţiile şi comunicarea în interiorul familiei având repercusiuni negative asupra stării de sănătate mintală a celorlalţi membri ai grupului;
e) *familii de tip psihopatologic parţial*, caracterizate prin existenţa unor afecţiuni psihice la partenerii grupului marital şi prin antecedente psihopatologice cu potenţial cert ereditar în sens psihiatric;
f) *familii de tip psihopatologic complet*, în care toţi membrii grupului familial prezintă tulburări psihice.

J.G. Howells, făcând o sinteză a aspectelor legate de tulburarea sănătăţii mintale şi de patologia psihiatrică a grupului familial, diferenţiază două direcţii principale în această privinţă: *psihiatria familială instituţională* şi *psihiatria familială relaţională*. Să le analizăm în continuare.

Psihiatria familială instituțională

Aceasta grupează tulburările stării de sănătate mintală a grupului familial, cauzate în principal de anumite dezorganizări structurale ale familiei.

Patologia psihiatrică a familiei recunoaște mai multe situații cauzal-circumstanțiale, după cum urmează:

- *celibatul*, *divorțul*, *văduvia*; acestea constituie factori care favorizează apariția și dezvoltarea unor tulburări psihice la membrii familiei; căsătoria este un factor de securitate pentru membrii grupului parental; ea favorizează cooperarea socială și construiește un climat de comunicare și relații emoționale pozitive, cu caracter stimulant pentru sănătatea mintală; factorii de mai sus vor reprezenta un risc morbigenetic pentru sănătatea mintală;
- *prezența bolilor psihice* la unii dintre membrii familiei; aceștia sunt factori de dezechilibru al grupului; se pot vedea efectele asupra dezvoltării copiilor; separarea, divorțul, relațiile extraconjugale sunt factori care duc la apariția unor situații conflictuale și nevrotice în familie; în această privință, este cunoscut faptul că mama reprezintă un „potențial nevrotic", pe când tatăl are un rol antinevrotic; în aceste condiții, H. Dahrsen consideră că este preferabil, în situația în care există conflicte între partenerii cuplului marital, ca aceștia să se separe sau chiar să se despartă, pentru a fi anulate astfel stările de tensiune, conflictele și influențele nevrotice asupra membrilor familiei și în special a copiilor;
- situațiile *de doliu prelungit patologic*, putând deveni un factor patogen care să perturbe atmosfera și relațiile emoțional-afective din grupul familial; acestea produc o criză prelungită caracterizată prin sentimentul abandonului, refuzul acceptării morții celui dispărut, sentimente de culpabilitate, instalarea unor tulburări de tip nevrotic, idei sau tentative de suicid, conduite de refugiu și izolare (alcoolism, toxicomanii etc.).

Un grup cu un risc crescut de vulnerabilitate este reprezentat de copii. G. Mauco și P. Rambaud aduc interesante explicații cu privire la tulburările afective, caracteriale și de comportament ale copiilor. Ei constată prezența indisciplinei școlare la copiii unici, a instabilității afectiv-temperamentale la primii născuți, a tulburărilor de vorbire la copiii intermediari și a nevrotismului la benjamini.

Psihiatria familială relațională

Aceasta se ocupă de analiza relațiilor dintre soți și a efectelor lor patologice, precum și de relațiile negative morbigenetice dintre părinți și copii. Destinul fiecărui individ este marcat de primii săi ani de viață, de mediul sociocultural, de calitatea modelelor parentale, de frustrările din perioada copilăriei, de carențele educaționale, precum și de forma și conținutul pe care-l au crizele psihobiologice de dezvoltare.

Majoritatea specialiștilor consideră, de comun acord, că importante sunt condițiile familiale în care apare, crește și se formează copilul. R. Bastide crede că nu trebuie să pornim de la mediul social către interpretarea nevrozelor sau a psihozelor, ci că este mai

corect să se pornească de la nevroză și psihoză pentru a interpreta și cunoaște structura raporturilor familiale, dinamica intrafamilială a relațiilor care au condiționat acest tip de tulburări psihice.

Pentru N. Cameron, nevroza obsesională se dezvoltă în familiile cu o atitudine tiranică față de copil. K. Schneider susține că tragedia copiilor care se nasc din părinți cu tulburări psihice, în special de tip psihopatic, nu se datorează faptului că aceștia rezultă din unirea acestora, ci mai cu seamă faptului că sunt obligați a trăi și a se dezvolta sub influența lor, subliniind în felul acesta semnificația morbigenetică a climatului psihofamilial negativ în procesul de formare a personalității viitorilor indivizi. Atmosfera relațiilor familiale poate crea condițiile morbigenetice favorabile dezvoltării schizofreniei (J. Picat, B. Pasamanick, F.R. Scarpitti și S. Dinitz). Sunt descrise tipul de *mamă schizofrenogenă* (supraprotectoare, agresivă și dominantă, care-și îndepărtează copilul, din punct de vedere afectiv, din dorința de a-l proteja și domina) și profilul special al tatălui (sever, crud, distant față de copil). P. Sivadon, R. Mises și S. Arieti recunosc la originea familială a schizofreniei tipul de *mamă autoritară*, la care se asociază un *tată incapabil de acțiune și pasiv*. Tipul paranoid de schizofrenie apare în familiile în care copilul este respins de părinții săi, pe când tipul catatonic apare în familiile cu o atitudine superprotectoare față de copil. Alte tulburări psihice care pot apărea, în această categorie a patologiei psihiatrice familiale, sunt următoarele: tulburări de comportament, mitomanie, cleptomanie, fugi patologice și vagabondaj, prostituție, acte infracționale antisociale, tentative suicidare. Ele se datorează unor carențe educaționale, afective, situației oedipiene nerezolvate, absenței modelelor parentale sau modelelor parentale negative, lipsei de supraveghere a copiilor, rivalităților în fratrie etc.

4. Violența în familie

Dincolo de aspectele anterior prezentate privitoare la patologia psihiatrică a grupului familial, o problemă deosebit de serioasă care afectează relațiile intrafamiliale, cu implicații numeroase și severe asupra stării de sănătate mintală a familiei, este reprezentată de *violența în familie*.

Într-un studiu dedicat acestei teme în general, Y.A. Michaud consideră violența ca pe o conduită agresivă orientată către un obiect sau o persoană în scopul dominării, al acaparării sau anulării acestora. Pentru G. Sorel, violența este caricatura puterii și a autorității impuse prin forță. *Violența* este un comportament agresiv învățat și orientat. În plus, ea are un caracter activ, direct și distructiv. Opusul violenței este *nonviolența*, care e un tip de atitudine pasivă, de retragere, reținere de la manifestările agresive, de forță și de ripostă, în scopul de a anula orice acțiune sau inițiativă din partea atacatorului.

Direcțiile și modurile în care se poate manifesta violența sunt numeroase și au, de regulă, aspecte specifice. Ne vom ocupa în cele ce urmează de formele de violență în grupul familial.

Violența în familie se poate manifesta sub forme diferite. Ea are la bază atitudinea dictatorială, autoritară a „șefului", bărbatul-soț și tată, în raport cu ceilalți membri ai familiei sale. În aceste condiții, femeia – soție și mamă – și copiii vor avea statut de „supuși". Ne găsim în fața unui model cultural ancestral care persistă. Bărbatul este „șeful familiei", întruchipând arhetipul autorității, iar femeia și copiii sunt „supușii"

acestuia, care-i datorează ascultare. Această ierarhie a statuturilor şi rolurilor în familie îi conferă bărbatului drepturi asupra celorlalţi membri. Abaterea acestora din urmă de la datoria ascultării faţă de „şef" reprezintă un act de culpabilitate care trebuie pedepsit. În acest caz, violenţa apare ca având semnificaţie de pedeapsă corecţională. Sensul originar al violenţei în familie era unul sociocultural şi moral.

În decursul evoluţiei şi al transformărilor istorice ale societăţilor umane, ale modelelor familiale, violenţa s-a păstrat ca „practică" în relaţiile familiale, dar treptat şi-a pierdut semnificaţia originară. Un rol important revine interpretării psihanalitice a violenţei în general – şi în special a celei din familie. Incapacitatea rezolvării unor situaţii conflictuale este una dintre cauzele frecvente care declanşează violenţa. O analiză atentă a formelor de manifestare a violenţei în familie pune în evidenţă mai multe tipuri:

a) *violenţa culturală*, ca model cultural arhaic conservat în ceea ce priveşte statutul şi rolul fiecărui membru al familiei, legat de respectarea unor interdicţii şi pedepsirea abaterii sau a violării acestora, prin pedepse care implică agresivitatea;
b) *violenţa structurală* sau tipul de comportament caracteristic personalităţilor agresiv-impulsive, psihopaţilor explozivi-instabili, personalităţilor epileptoide, cu un mare potenţial agresiv, care se descarcă asupra celorlalţi membri ai familiei;
c) *violenţa patologică*, specifică tabloului clinico-psihiatric şi evoluţiei clinice ale unor afecţiuni psihice, de care individul nu este nici conştient şi nici responsabil;
d) *violenţele ocazionale*, produse de alcoolici, toxicomani, personalităţi psihopatice decompensate, sociopaţi etc.;
e) *violenţa nevrotică*, ce apare şi se dezvoltă treptat în familie ca urmare a unor situaţii tensionale şi conflictuale, de regulă între membrii cuplului marital, soţ şi soţie; violenţa nevrotică este declanşată de situaţii conflictuale, de contrarietăţi, dar la baza acesteia stau complexele de inferioritate, gelozia, rivalitatea între soţi, relaţiile extraconjugale, confuzia sau interferenţa statutelor şi a rolurilor etc.; în aceste situaţii, comportamentul violent trebuie considerat un simptom al „nevrozei conjugale"; acest aspect deosebeşte violenţa nevrotică de celelalte forme de violenţă în familie, mai sus menţionate. Violenţa nevrotică este un act de agresivitate orientat asupra unei persoane din familie, care, dincolo de aspectele sale formale de manifestare fizică, are o încărcătură simbolică, de factură nevrotică specifică.

Semnificaţia violenţei fizice este de a proiecta culpabilizarea şi de a transfera frustrările şi stările complexuale proprii asupra partenerului de viaţă. Prin violenţă, se consideră că, din punct de vedere moral şi familial, s-au „rezolvat conflictele". Ea reprezintă o formă de transfer şi sublimare prin care se lichidează tensiunea nevrotică dintre partenerii cuplului marital. Aceste aspecte iau o configuraţie specială în cazul „nevrozei conjugale", de care ne vom ocupa în continuare.

5. Nevroza conjugală

Cercetările recente, în special cele de orientare psihanalitică, au adus noi precizări în sfera relaţiilor intrafamiliale. Stările de tensiune, conflictele, actele de violenţă, situaţiile de separare, abandon, divorţ, care afectează starea de sănătate mintală a membrilor grupului familial, sunt astăzi reinterpretate. Dramele familiale considerate ca situaţii de

viaţă reprezintă, de fapt, formele de manifestare a „bolii conjugale" sau, mai exact, a „nevrozei conjugale" (G. Tordjman).

Nevroza conjugală este o formă particulară şi complexă de conflict, ce apare şi se desfăşoară în cadrul grupului familial, în principal între partenerii cuplului marital. Ea trebuie înţeleasă în raport cu sentimentele, emoţiile, dorinţele, fricile şi interdicţiile existente la fiecare din partenerii cuplului respectiv.

Cel mai important factor care contribuie la dezvoltarea nevrozei conjugale îl reprezintă „conflictul modelelor originare". Acesta constă în faptul că fiecare partener „vine" în cadrul cuplului respectiv cu „modelele" şi „experienţele" familiei sale de origine, iar „întâlnirea" dintre parteneri şi hotărârea acestora de a întemeia o familie nu echivalează cu „acordul modelelor individuale". Este necesară o perioadă de efort şi toleranţă pentru a se putea pune de acord cele două „modele individuale" şi a se constitui un „model nou". Noul model este esenţial, întrucât el reprezintă, de fapt, o „nouă identitate", care-i va defini şi caracteriza pe cei doi parteneri ca aparţinând aceluiaşi grup familial.

Al doilea aspect este reprezentat de *comunicarea în cuplu*. Aceasta se realizează prin acceptarea unor statuturi şi roluri precise în grupul familial. Cuplurile familiale moderne, deschise se caracterizează prin această „confuzie a statuturilor şi rolurilor" partenerilor. Aceasta generează izolare, confruntare, o stare de tensiune permanentă şi conflicte deschise.

Confuzia statuturilor şi incapacitatea de a-şi exercita rolul pentru fiecare din partenerii cuplului marital creează situaţii de frustrare, datorită cărora fiecare din aceştia va proiecta asupra celuilalt propriile probleme. În contextul acestui conflict de culpabilizare reciprocă, cei afectaţi vor fi copiii, care devin motivul disputelor, dar şi al refugiului afectiv al fiecăruia din părinţi. În final, frustrările vor fi proiectate asupra copiilor, iar aceştia vor deveni simptomul nevrozei cuplului.

Nevroza conjugală are multiple forme de manifestare la membrii grupului familial. În sensul acesta, se observă următoarea gamă de tulburări:

a) *tulburări psihologice*: dificultăţi de comunicare, instabilitate emoţională cu iritabilitate şi explozii de mânie, insomnii, depresivitate, fenomene isterice, anxietate;
b) *tulburări somatice şi psihosomatice*: boală ulceroasă, hipertensiune arterială, distonii neurovegetative, afecţiuni ginecologice şi de dinamică sexuală, anorexie sau bulimie;
c) *tulburări de comportament social*: separarea sau despărţirea partenerilor, abandonul familial, relaţii extraconjugale, conduite de refugiu sau izolare (alcoolism, toxicomanii etc.).

Atitudinea faţă de nevrozele conjugale trebuie diferenţiată de la caz la caz, în funcţie de caracteristicile proprii fiecărui grup familial. Din punct de vedere terapeutic şi psihoprofilactic, se va avea în vedere faptul că fiecare familie trebuie „tratată" global, evitând să ne centrăm atenţia asupra „bolnavului", care este, de fapt, „simptomul" nevrozei conjugale. Atitudinea terapeutică va trebui să aibă o adresă colectivă şi să fie bazată, în primul rând, pe tehnici de psihoterapie.

Măsurile de igienă mintală care se impun sunt corelate cu cele terapeutice şi vizează situaţiile tensionale, conflictele, dificultăţile de comunicare, restaurarea statuturilor şi exercitarea rolurilor fireşti, toleranţa, înţelegerea, cooperarea.

Capitolul 19

Psihoigiena şcolară

1. Cadrul problemei

Psihoigiena şcolară este direct corelată cu *psihoigiena familiei*, constituindu-se ca o formă de „prelungire" a acesteia din urmă. Grupul familial este cel în care copilul vine pe lume şi se formează în primii ani de viaţă, în conformitate cu modelul emoţional-afectiv parental. Familia este cea care îi oferă prima „modelele" umane şi de viaţă copilului, punând astfel bazele formării acestuia. Importanţa modelelor familiale este esenţială în viitorul proces de formare a persoanei umane. *Modelele familiale*, parentale sunt adoptate sau respinse în primul rând în plan emoţional, fiind imitate, acceptate sau impuse. În orice situaţie însă, ele sunt „asimilate" şi „interiorizate" de copil, fiindu-le „retransmise" descendenţilor acestora.

Formarea copilul în familia sa de origine este în primul rând emoţional-afectivă. Ea va fi completată şi continuată de către formarea educativ-instructivă oferită copilului de către „modelul şcolar", o dată cu intrarea acestuia în sistemul de învăţământ.

Trecerea de la *familie* la *şcoală* reprezintă, incontenstabil, un moment decisiv în viaţa individului, echivalând cu „intrarea în lume" a acestuia. *Intrarea în şcoală* presupune o „întâlnire" a copilului cu alte „modele", diferite de „modelul său familial", intrarea într-un alt fel de „grup", într-o colectivitate cu o structură şi o dinamică noi, diferite de cele în care s-a dezvoltat şi a trăit copilul până atunci. *Ieşirea din casă* şi *intrarea în şcoală* presupun, o dată cu schimbarea *modelului*, şi o schimbare a *mediului* de viaţă, un efort de adaptare-integrare, primii paşi către „socializarea individului".

Schimbarea cadrului de viaţă este însoţită de schimbarea tipului de relaţii interumane, a formelor de comunicare, a atmosferei/ambianţei socioumane, pe care şcoala le impune ca „norme" şi „stil de viaţă" pentru copii. Acestea presupun adoptarea unor atitudini noi, a unor noi forme de comportament, a unui alt fel de limbaj etc. Dincolo de toate aceste aspecte, există un anumit „sistem de valori" pe care copiii sunt obligaţi să le asimileze. Apar acum şi primele „obligaţii" şi „datorii", care impun o anumită „ordine" şi „disciplină" în viaţa copiilor.

Trecerea de la „modelul protector" familial la „modelul obligativ" şcolar trebuie făcută cu multă abilitate, pentru a nu-i produce psihotraumatisme copilului, oferindu-i o „motivaţie" care să-i trezească interesul şi atitudinea de cooperare cu şcoala şi procesul de educaţie şi instrucţie oferit de aceasta. *Antrenarea motivaţională* în procesul educaţional-şcolar este esenţială şi depinde de talentul pedagogic al învăţătorului, dar şi de stimularea familiei copilului.

Trecerea de la *casă* la *şcoală*, de la *familie* la *clasă* nu trebuie să reprezinte o „ruptură", ci un „salt de continuitate", pe care copilul să-l accepte ca pe o evoluţie firească în dezvoltarea sa. Desigur, această „conştientizare" de ordin valoric vine ulterior, ea fiind iniţial precedată de curiozitate, interes, deschidere, dar cu condiţia unei „dirijări controlate" a elevilor de către educatori şi părinţi. Şcoala trebuie să preia funcţiile familiei, iar personalul didactic, rolurile părinţilor în viaţa copiilor.

Problemele pe care le ridică „formarea personalităţii" în familie şi în şcoală sunt multiple şi deosebit de complexe: psihologice, culturale, morale, sociale, educativ-instructive. Toate acestea nu se pot separa, ci trebuie considerate în totalitatea lor, ca reprezentând „complexul psihopedagogic formativ" al copiilor.

2. Elevi, educatori, şcoală

Nu ne vom ocupa de aspectele strict psihologice/psihanalitice şi educative decât în măsura în care ele privesc igiena mintală a perioadei şcolare. Trebuie să spunem însă că acţiunea de psihoigienă nu poate fi concepută decât cunoscându-se aspectele mai sus menţionate. Aceasta întrucât numai în funcţie de natura „ambianţei" şi a „relaţiilor/comunicării" în mediul şcolar se pot institui măsuri de psihoigienă raţionale, adecvate aceluiaşi scop ca procesul instructiv-educativ: formarea personalităţii copiilor.

Mediul şcolar este „spaţiul de întâlnire" cu caracter formativ a *copiilor* cu *educatorii*. *Educatorii*, aceşti „părinţi spirituali", se vor situa în prelungirea formativ-intelectuală a *părinţilor* ca „părinţi emoţional-afectivi", având rol protector-securizant. Modelul educatorului este în primul rând un model valoric intelectual, care le va oferi un bagaj de cunoştinţe teoretice şi practice copiilor, dar prin aceasta le va deschide şi perspectiva orizontică a unor noi valori morale ale umanului.

Rolul esenţial al educatorului este de a motiva elevii. Motivaţia este esenţială în procesul de integrare şcolară. Această acţiune trebuie concepută şi condusă cu foarte multă atenţie şi abilitate, pentru ca elevii să asimileze noul model ca pe ceva acceptat în mod liber. În procesul „integrării şcolare", procesul de „formare al personalităţii" copilului va „oscila" între „modelul familial" şi „modelul şcolar". Din acest motiv, se impune o strânsă cooperare între educatori şi părinţi. Între cele două „modele" nu trebuie să existe conflicte, diferenţe. Ele trebuie să realizeze o „continuitate" firească, în stare să permită integrarea şcolară ca o „deschidere" a elevilor către noul „model formativ-instructiv".

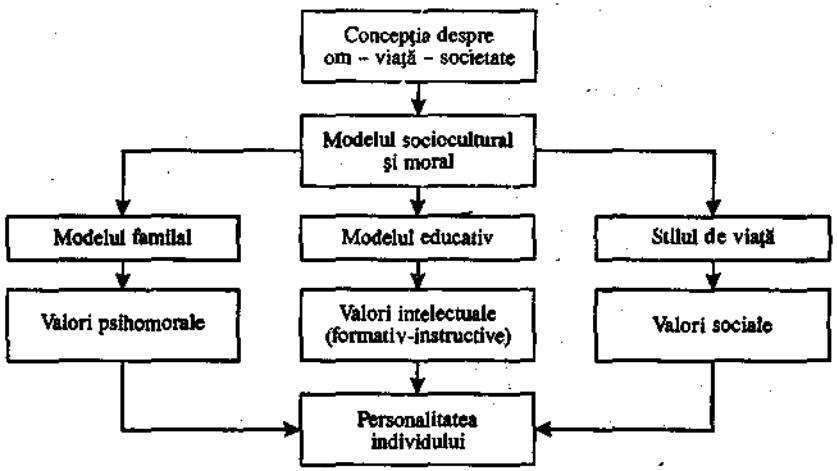
Motivarea elevilor se realizează prin comunicare, prin antrenarea acestora în activităţile şcolare, prin exemplul educatorului şi capacitatea sa captativă. *Educatorul* ca „formator de personalităţi" trebuie să deţină un rol director şi unificator în ce priveşte elevii săi. Acest aspect se apropie, ca tehnică şi ca obiective, de procesul de psihoterapie de grup, cu care educaţia îşi găseşte foarte multe puncte comune. Într-o măsură apreciabilă, „clasa de elevi" poate fi socotită un „grup formativ", ceea ce o apropie de „grupul terapeutic". O asemenea perspectivă a „grupului şcolar" ne orientează către o înţelegere psihologică sau chiar psihanalitică a procesului de educaţie şi învăţământ.

Al doilea aspect care trebuie luat în considerare, după cel al „modelului personalităţii" educatorului, este reprezentat de „modelele de personalitate" ale elevilor. *Copiii* care alcătuiesc „grupul şcolar" vin fiecare de acasă, din familiile lor de origine, cu un anumit

„model familial" personal, unic, pe care au tendința, din considerente de „autoapărare", ca factor securizant, să-l păstreze și chiar să-l impună celorlalți ca fiind „cel mai bun". Aceste tendințe „egoist-narcisice" trebuie combătute, întrucât ele blochează socializarea și tensionează comunicarea și relațiile dintre elevi.

Educatorul nu trebuie să „condamne" modelele familiale ale elevilor, ci să le pună de acord în primul moment, pentru ca ulterior să le „unifice" prin adoptarea de către toți copiii a unui nou model școlar. Valoarea „modelului școlar" cu caracter general va consta în faptul că el adaugă la „identitatea familială" a copilului noua „identitate școlară". Cele două „identități" nu trebuie să se ciocnească, ci să se afle într-un raport de continuitate, pentru a putea fi asimilate, îmbogățind în felul acesta personalitatea copilului și ajutându-l să progreseze. Acest proces deosebit de complex și anevoios depinde de tactul și arta educatorului, de personalitatea și de experiența sa profesională.

Între „modelele familiale", „modelele educative" și „modelele de viață socială" există un element comun, care le cuprinde pe toate, și anume „modelul sociocultural". Acesta își trage substanța dintr-un *Weltanschauung* specific, o *mentalitate/concepție* despre „om-viață-societate", așa cum se poate vedea în schema de mai jos:



Din cele de mai sus se poate desprinde ideea că „sistemul de educație" reprezintă unul dintre elementele cele mai importante în procesul de formare a personalității individului. El se înscrie într-o anumită „mentalitate", într-un anumit *sistem sociocultural*, ale cărui *valori* le preia, le conservă și le transmite din generație în generație.

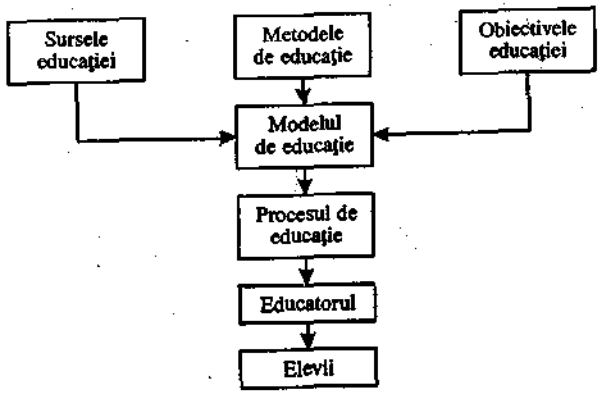
Sănătatea mintală, ca și stările de dezechilibru ale acesteia, și *boala psihică* depind în mod direct și imediat de *sistemul de educație*, de *valorile* oferite individului și de modul de asimilare a acestora. Din aceste considerente, implicarea *igienei mintale* în procesul de educație a individului și colectivelor umane este esențială, așa cum vom arăta în continuare.

3. Educația negativă și sănătatea mintală

Am arătat mai sus care sunt condițiile unei educații corecte, pozitive în procesul de formare și instrucție a elevilor. Cele deja discutate sunt expresia unui „model pozitiv de educație". În viața curentă ne confruntăm însă frecvent cu serioase „probleme de educație", dintre cele mai diferite și de gravități variabile, care se cer a fi explicate și corectate.

Greșelile de educație și consecințele acestora au o mare varietate și din acest motiv am preferat să le cuprindem în noțiunea generală de „modele negative de educație".

Orice „model de educație" presupune următoarele: *sursele* din care se constituie, metodele de care se servește și *obiectivele* pe care urmărește să le realizeze. Din „modelul de educație" derivă „actul sau procesul de educație" reprezentând activitatea educatorului (persoana investită cu calitatea de a educa) și a *elevilor* (cei care sunt vizați de procesul educativ), așa cum se poate vedea în schema de mai jos.



Educația pozitivă se bazează pe un sistem de valori stabil și pe un set de metode care au un obiectiv precis. Ele nu permit fluctuațiile „modelor", având în primul rând un caracter conservator și tradițional, care conferă educației un caracter de stabilitate, seriozitate și solidaritate în formarea omului și a societății.

O educație negativă își are „cauzele" în schimbarea „modelului de educație", ale cărui rădăcini se află în sursele, metodele și obiectivele pe care acesta le reunește, dar în egală măsură și în *persoana educatorului*. Din aceste considerente, vom analiza în continuare aspectele educației negative și influența sa asupra stării de sănătate mintală din perspectiva „modelului de educație" și a „educatorului".

Modelul de educație negativă

Acest tip de „antimodel" sau de „model negativ" de educație își are sursa într-o „criză a sistemului de valori", care va avea ca efect deprecierea stilului de viață și, în final, a persoanei. *Antivalorile* se datorează slăbirii sistemului de educație, acțiunii familiei și pierderii rolului formator moral-spiritual al Bisericii. Funcțiile acestor instituții (familia,

şcoala şi Biserica) sunt preluate de o „propagandă prin mass-media", care va înlocui destul de rapid educaţia cu tehnicile de manipulare. Asistăm la o abandonare rapidă a „modelelor tradiţionale de valori", care sunt înlocuite cu „mode" şi „experimente educaţionale".

Rezultatul acestor acţiuni negative este înlocuirea „modelelor pozitive" cu „modelele negative", aderiunea la grupe marginale, histrionismul tinerilor, cultivarea imaginii, a formelor fără conţinut şi orientarea comportamentului către forme de manifestare ale pulsiunilor primare (violenţă, sexualitate, refugiul în droguri etc.).

Abandonarea metodelor tradiţionale de educaţie pentru mode şi experimente nefundamentate valoric va duce la „formarea unor generaţii" de tineri cu un tip de identitate care-i face extrem de diferiţi în raport cu părinţii lor. Tinerii nu vor mai semăna cu adulţii. Aceste diferenţe de identitate, mentalitate, sensibilitate, mod de gândire, forme de comportament şi acţiune vor conduce la *conflicte între generaţii*, la un *refuz reciproc* între *tineri* şi *adulţi*. Urmările acestora se vor manifesta prin situaţii conflictuale, de criză socială, dificultăţi de comunicare, iar în final o stare de confuzie şi alienare socială generală.

Nevroza educatorului

Literatura ştiinţifică de specialitate a vorbit mult despre aspectele negative ale procesului de educaţie. Cauzele negative, metodele inadecvate, erorile obiectivelor propuse, toate aceste elemente au fost luate în considerare. Un aspect care a fost prea puţin sau chiar deloc analizat, dar care are un rol esenţial îl reprezintă „factorul uman" în procesul de educaţie, şi anume „psihologia educatorului".

Nu orice persoană poate fi educator. Se cer aptitudini, vocaţie, talent, tact, experienţă şi dragoste pentru copii. Se cere dăruire de sine şi inteligenţă. Se cere ca acela care educă să fie o persoană educată şi cultivată, pentru a putea servi, la rândul său, ca model celorlalţi şi a-i instrui intelectual. Aceasta presupune o interiorizare temeinică a unui sistem de valori, dublată de o capacitate metodică de formare a personalităţii elevilor în conformitate cu aceste principii valorice. Iată, prin urmare, că „a fi educator" este un lucru foarte greu, care presupune şi o mare responsabilitate morală. Ce se întâmplă în cazurile în care condiţiile mai sus menţionate nu sunt întrunite? În aceste cazuri, „eşecurile de educaţie" sunt consecinţa directă a educatorului.

În condiţiile de „criză a valorilor", când este afectat sistemul valorilor morale, socioculturale, spiritual-religioase, când viaţa îşi pierde sensul, cel care va înregistra, printre primele, o depreciere este „sistemul de educaţie". Consecinţele acestei crize va avea efecte asupra stării de sănătate mintală a individului şi a grupelor sociale. Ea va afecta însă şi persoana educatorului, care va suferi influenţele negative ale acestui proces de „criză valorică", schimbare ce se va reflecta în procesul de educaţie şi asupra tinerilor pe care acesta îi are în grijă în vederea „formării" lor. În ce constau acestea?

Am grupat *aspectele de personalitate negativă* de factură *relaţional-comunicativ-formativă* ale educatorului în conceptul de „nevroză a educatorului". Ea nu trebuie înţeleasă ca având aceeaşi semnificaţie cu conceptul clinico-psihiatric de „nevroză-boală", ci ca un concept care desemnează o „schimbare de atitudine interoară" cu efecte asupra „relaţiilor/comunicării interpersonale" a educatorului cu elevii săi. Aceste aspecte cu caracter de „conflict al valorilor" pot fi apropiate de „nevroza familială" specifică familiei moderne, deschise, care este tot o „criză de comunicare", un „conflict

de valori al statuturilor şi rolurilor în ierarhia familială". În aceste cazuri, nici familia de origine şi nici şcoala nu mai reprezintă „medii formatoare" pentru tineri, aceştia fiind atraşi şi manipulaţi cu uşurinţă de „mirajul" unor succese imediate, obţinute fără efort, oferite de grupurile marginale etc.

Nevroza educatorului se cuplează cu *nevroza familiei*, ambele contribuind concentric, într-un mod negativ, la constituirea unor „modele negative" pentru tineri. Părinţii şi educatorul îşi pierd semnificaţia de modele şi, din acest motiv, între ei şi tineri apar conflicte. Tinerii se simt „contrânşi", iar adulţii cer „ascultare". Factorul care determină şi impune aceasta, sistemul de valori, este însă absent.

Eşecurile şcolare, absenteismul, lipsa de motivaţie pentru procesul de instrucţie, refuzul acceptării unor modele de comportament, incapacitatea de a comunica, dificultăţile de integrare în colectivul clasei sunt numai câteva dintre aspectele legate de „nevroza şcolară". Pe fondul acestor transformări apar tulburări propriu-zise de sănătate mintală, de următoarele tipuri: scăderea capacităţii/interesului şcolar, absenteism, fugă şi vagabondaj, tulburări de comportament, asociaţii în bande de tineri marginali, conduite de violenţă, acte antisociale de tip delictual, consumul de droguri. Unele dintre acestea pot duce în timp la forme severe de boli psihice, având în vedere că totul se desfăşoară pe parcursul unei perioade de formare a personalităţii.

4. Măsuri de psihoigienă

Având în vedere cele mai sus arătate, se impune adoptarea unui larg program de măsuri de psihoigienă. Programul de psihoigienă şcolară trebuie să ofere un sistem de protecţie a stării de sănătate mintală, caracterizat în principal prin facilitarea adaptării elevilor la „factorii de schimbare", un anumit „model psihomoral" cu care să se identifice, acceptabil de către aceştia. Trebuie evitaţi factorii negativi pentru sănătatea mintală, oferind un tip de activităţi, forme de conduită şi relaţii/comunicare capabile să promoveze un sistem de valori pozitive, care să atragă elevii, să le ofere un sistem motivaţional, să le dezvolte interesul, creativitatea, anumite forme de gândire pozitivă.

Eficienţa măsurilor de igienă mintală în sfera şcolară formativ-educaţională depinde însă de restructurarea „modelului de educaţie" în conformitate cu un sistem de valori pozitive, autentice, care să corespundă structurii sufleteşti şi morale a grupului şcolar respectiv. Acestea „vin" însă dinspre şcoală, familie şi Biserică, considerate „instituţii formatoare", şi nu trebuie „înlocuite" cu măsurile de psihoigienă.

Un aspect la fel de important şi de care suntem absolut obligaţi să ţinem seama este faptul că „schimbările sociale" prin „mode" trebuie privite şi înţelese ca „fenomene de criză", forme de „căutare" şi „încercări" prin care se operează „tranziţia" de la un tip de model la altul. În sensul acesta, „modele" reprezintă „etapele de tranziţie" către altceva, către un „model stabil" din punct de vedere valoric. Va trebui în cazul acesta să acceptăm cu resemnare „criza valorilor" sau să încercăm să găsim soluţii? Evident că se impune adoptarea unor soluţii.

În cazul acesta, singura strategie valabilă şi raţională este reprezentată prin cuplarea „reformei sistemului de educaţie/instrucţie" cu „măsurile de igienă mintală". Faptul este posibil, întrucât, aşa cum am mai arătat în lucrarea de faţă, igiena mintală e şi o „paideia a sănătăţii mintale" a individului.

Schimbările sociale produse de „criza valorilor" impun formarea de specialişti, cadre calificate capabile de a rezolva problemele lumii moderne şi postmoderne, legate de adaptarea şi integrarea socială sub toate aspectele sale. În această privinţă, măsurile de psihoprofilaxie trebuie combinate cu educaţia individului. Trebuie restructurate „modelele de educaţie" şi regândite „obiectivele" pe care le urmăreşte educaţia ca formare a persoanelor.

Este absolut clar că nu putem acţiona asupra schimbărilor social-istorice, politico-economice, cultural-morale şi spirituale. Din acest motiv, acţiunea trebuie orientată în direcţia unei educaţii care să faciliteze „adaptarea oamenilor" la „noile condiţii/schimbările" din societate. *Conflictele de mentalităţi* dintre „trecut şi prezent" trebuie înţeles ca un *proces de schimbare*, şi nu ca o prăbuşire catastrofică. O etapă istorică inevitabilă, dar care trebuie scurtată cât mai mult şi cât mai rapid prin „soluţii de criză".

Având în vedere aceste aspecte, se impune ca atât noile forme de educaţie, cât şi măsurile de igienă mintală să se înscrie într-un program social-politic de reforme complexe, pentru a putea fi concordante cu măsurile globale care se impun în condiţiile societăţii moderne şi postmoderne. Ceea ce se va schimba, în mod inevitabil, vor fi formele, esenţa rămânând însă permanent aceeaşi – formarea personalităţii umane.

Ca şi în cazul psihoigienei familiei, şi psihoigiena şcolară pune probleme serioase pentru individ, grupurile umane şi structurile sociale. Ele trebuie privite cu cea mai mare seriozitate şi trebuie acţionat cu mult discernământ pentru a evita o deteriorare a stării de sănătate mintală, promovând, în paralel cu progresul social, şi progresul omului.

Capitolul 20

Psihoigiena activităţii profesionale

1. Cadrul general al problemei

Activitatea profesională reprezintă un sector esenţial în psihobiografia individului, cu efecte multiple asupra personalităţii acestuia. Profesiunea şi activitatea profesională împlinesc personalitatea, o maturizează, întăresc şi definesc identitatea, ordonează şi organizează conduitele şi acţiunile individuale, conferă un statut şi un rol psihosocial, ajută la efortul împlinirii de sine, valorizează individul. Dincolo însă de aceste aspecte, activitatea profesională satisface, în plan psihologic, şi nevoile pulsionale fundamentale, atât într-o formă directă, cât şi, mai ales, într-una sublimată şi, în final, prin aceasta, asigură câştigarea mijloacelor de existenţă ale individului şi familiei sale în vederea unui trai normal. Prin toate acestea, „munca" sau „activitatea profesională" se înscrie în mod organic în viaţa individului ca o formă particulară şi organizată de activitate, ca o conduită ordonată şi în cele din urmă ca un ideal. Ea consacră persoana, îi conferă autonomie, autoritate şi prestigiu pe plan individual, familial şi social. Având în vedere aceste aspecte, activitatea profesională se înscrie ca o necesitate în viaţa individului, prin intermediul căreia acesta se integrează în societate şi se valorizează. Din aceste considerente, activitatea profesională devine o preocupare şi pentru igiena mintală.

Alegerea profesională, ca atitudine optativă pentru un anumit tip de activitate, este momentul cu care se începe. De regulă, această alegere, care ar trebui făcută după o prealabilă evaluare a aptitudinilor şi vocaţiei, se face, în cele mai multe situaţii, fie prin imitaţia unor modele, de regulă familiale, tradiţionale, fie în funcţie de circumstanţe, forţat de nevoi etc.

Această modalitate de „alegere profesională" poate însă contraveni flagrant dorinţelor, posibilităţilor şi aptitudinilor individuale, ducând la o lipsă de motivaţie, eşecuri, conflicte şi, în final, la stări nevrotice. Pentru evitarea acestor aspecte cu efecte negative asupra stării de sănătate mintală, se impun măsuri de psihoprofilaxie, selecţie şi orientare profesională în raport cu posibilităţile individului (aptitudini, vocaţie) şi cu interesele sale.

Al doilea moment după „alegerea profesiunii" îl reprezintă „intrarea în profesiune". Aceasta trebuie să se facă după o prealabilă perioadă de „pregătire-instrucţie" profesională de specialitate, deopotrivă din punct de vedere teoretic şi practic. Învăţarea profesiunii, deprinderea de a lucra într-un anumit domeniu de activitate sunt absolut esenţiale în desfăşurarea ulterioară a activităţii. Ea presupune nu numai deprinderea unor cerinţe de bază legate de profesiunea respectivă, ci şi familiarizarea cu activitatea profesională (caracteristici, me iu, ritm de activitate, motivaţie, rezultate etc.).

Al treilea aspect care trebuie avut în vedere în raport cu domeniul igienei mintale este reprezentat de „mediul profesional" şi de „activitatea profesională", ce influenţează direct şi permanent personalitatea individului şi în mod special starea de sănătate mintală a acestuia. Adaptarea şi integrarea în mediul profesional şi activitatea profesională trebuie să meargă în paralel cu formarea *„identităţii profesionale"* a individului respectiv. Mediul profesional trebuie „înţeles" şi „resimţit" ca un „sector" care îi aparţine individului şi cu care acesta se identifică. Ceva care corespunde cerinţelor sale, care îi împlineşte vocaţiile şi prin aceasta răspunde aşteptărilor şi aspiraţiilor.

Mediul profesional trebuie resimţit ca „familial", nu ca „ostil", cu caracter psihotraumatizant, ca o „povară" generatoare de conflicte şi situaţii nevrotice, de eşecuri, cu efecte negative asupra stării de sănătate mintală. Mediul profesional trebuie să aibă pentru individ un caracter stimulant, care să asigure dezvoltarea şi progresul acestuia.

Mediul profesional nu este un „loc lucrativ", el e în egală măsură şi un „spaţiu relaţional", în interiorul căruia individul „comunică" cu ceilalţi „colegi de muncă", cu care „trăieşte" o parte importantă din timpul său personal. Relaţiile şi comunicarea profesională reprezintă factori esenţiali în integrarea şi adaptarea individului la mediul de activitate şi la viaţa profesională. Ele trebuie să se bazeze pe înţelegere, cooperare şi progres, având prin aceasta un rol stimulativ.

2. Activitatea profesională şi sănătatea mintală

Cele mai sus menţionate pun în evidenţă existenţa unui raport direct între „activitatea profesională" şi starea de *sănătate mintală*, ca obiectiv prioritar pentru acţiunea de igienă mintală. Aceasta întrucât activitatea profesională poate reprezenta, în egală măsură, un factor de stimulare şi dezvoltare pentru sănătatea mintală, după cum poate constitui şi un complex de factori nocivi, morbigenetici, pentru sănătatea mintală. Acţiunea de igienă mintală, prin măsurile de psihoprofilaxie, trebuie să-şi fixeze ca obiectiv protecţia stării de sănătate mintală în raport cu activitatea profesională.

În scopul evitării unor tulburări ale sănătăţii mintale cauzate de activitatea profesională, măsurile de igienă mintală trebuie să vizeze următoarele obiective:

a) selecţia şi orientarea profesională judicioasă a fiecărui individ;
b) asigurarea unei instrucţii de specialitate calificate în raport cu competenţa, aptitudinile şi aspiraţiile fiecăruia;
c) stimularea unei *„motivaţii profesionale"* pozitive, care să dezvolte interesul, capacităţile creatoare şi să răspundă aşteptărilor individului respectiv;
d) evitarea eşecurilor, a situaţiilor de izolare sau de conflict profesional, a rutinei şi automatismului sau a stereotipiilor în muncă, ce tind să ducă la insatisfacţii;
e) pregătirea viitorilor profesionişti, în vederea unei activităţi de factură concurenţială, care să conducă la „selecţia" şi promovarea celor mai bune „performanţe" în activitatea profesională, fapt ce va genera decalaje de ierarhie valorică-profesională între indivizii prestatori ai aceleiaşi activităţi;
f) alternarea activităţii profesionale cu perioade de odihnă, refacere, cu activităţi recreative, distracţii, concedii etc.;
g) cultivarea unor „activităţi personale" extraprofesionale care să ofere plăcere, destindere, originalitate, variaţii în viaţa individului.

Un rol important în dezvoltarea şi stimularea personalităţii individuale în cadrul activităţii profesionale îl are evitarea rutinei şi a automatismelor activităţii, care pot duce la monotonie, la oboseală şi, în final, la epuizare şi dezgust faţă de activitatea respectivă. Se recomandă, în sensul acesta, alternarea activităţii profesionale curente cu stagii şi cursuri de specializare sau de perfecţionare profesională, introducerea unor metode de lucru noi, perfecţionate, antrenarea individului în activităţi creative, stimulări şi recompense materiale sau onorifice, programe de lucru variate etc.

În acelaşi context se înscrie amenajarea locului de desfăşurare a activităţii profesionale. Acesta trebuie să corespundă exigenţelor desfăşurării optime a activităţii productive, dar şi să prezinte calităţile unui mediu plăcut, atrăgător, confortabil pentru individ.

La fel de importante sunt, cum, de altfel, am mai menţionat, relaţiile şi comunicarea în procesul activităţii profesionale. O competiţie loială şi stimulativă, cooperarea, spiritul de echipă etc. au un rol esenţial în menţinerea stării de sănătate mintală şi în progresul individului.

3. Conflicte şi eşecuri profesionale

Sunt situaţii în care activitatea profesională poate avea consecinţe negative asupra individului, cu efecte imediate sau tardive asupra stării de sănătate mintală şi fizică a acestuia. Se impune deci instituirea unor măsuri de igienă mintală complexe şi diferenţiate în raport cu circumstanţele şi cu nevoile individului sau ale grupului profesional. Aceste „tulburări" care survin în cursul şi din cauza activităţii profesionale se manifestă prin următoarele:

a) dificultăţi de comunicare în procesul muncii;
b) imposibilitatea realizării programelor şi a sarcinilor profesionale;
c) slaba pregătire profesională a individului;
d) randamentul scăzut, cu eşecuri profesionale;
e) conflicte de muncă;
f) insatisfacţii profesionale şi de ordin economico-material;
g) schimbări în organizarea şi desfăşurarea activităţii profesionale, a programelor şi sarcinilor de lucru;
h) restructurări ale instituţiilor sau întreprinderilor, cu disponibilizarea personalului de lucru;
i) şomaj cu diminuarea considerabilă a veniturilor materiale şi starea de insecuritate socioeconomică a individului.

Toate aceste aspecte, mai sus menţionate, reprezintă „situaţii de criză" extrem de severe şi importante, care afectează individul şi grupurile de indivizi, cu efecte negative asupra stării de sănătate mintală, a conduitelor, atitudinilor, modului de viaţă etc.

Schimbările survenite în „mediul profesional" şi în „activitatea profesională" (retehnologizare, mordenizare, automatizare etc.) obligă la un efort suplimentar de adaptare, de schimbare a vechilor stereotipii cu altele noi, la reprofesionalizare etc. Incertitudinea situaţiei socioprofesionale şi economice care decurge din cele de mai sus va duce la

apariţia unor stări de tensiune, nelinişte, angoasă, care vor genera starea de „nevroză profesională", de regulă cu caracter colectiv, manifestată prin acţiuni protestatare-revendicative. Aceste „conflicte de muncă", dincolo de aspectele lor formale ca manifestări de tipul revendicării unor drepturi socioeconomice, au la bază, din punct de vedere psihosocial, frustrări grave, care generează tensiuni şi conflicte. Manifestările nevrotice colective sunt expresia unor situaţii de „criză profesională". Ele pot fi rezolvate numai prin aplicarea unor măsuri şi reforme socioprofesionale şi economice care să evite conflictele şi să cultive acordul dintre „grupele profesionale" şi „activitatea profesională". Aceste acţiuni sunt de domeniul igienei mintale.

Întrucât „conflictele" şi „crizele" socioprofesionale sunt legate de factorii de progres, schimbare, evoluţie ştiinţifico-tehnologică, de piaţa muncii şi de circulaţia produselor muncii, de cerere şi ofertă, măsurile care se impun sunt deosebit de complexe, de nuanţate şi implică o acţiune convergentă cu o largă paletă de factori: sociali, economici, profesionali, psihologici, medicali etc.

4. Reprofesionalizarea şi sănătatea mintală

De regulă, *eşecurile* profesionale şi *situaţiile de criză* socioprofesională, care vizează atât individul, cât şi grupurile de indivizi, sunt, cum spuneam, expresia sau consecinţa unor „schimbări sociale". Dincolo de aspectele formale ale *conflictelor*, ele sunt, în egală măsură, rezultatul schimbării mentalităţilor, a conduitelor, a stilului de viaţă, al nevoilor noi şi diversificate etc. Acestea presupun o „abandonare" a vechilor habitudini şi „adoptarea" altora noi, fapt care implică un *efort de adaptare*. În cazul „conflictelor de muncă" având drept urmare şomajul, se impune ca măsură de „readaptare" şi de „reintegrare" profesională reciclarea sau reprofesionalizarea acestei categorii de indivizi.

Reprofesionalizarea reprezintă un moment important din punct de vedere psihologic în psihobiografia unei persoane. Ea presupune un efort serios de schimbare a modului de viaţă al acesteia, o trecere de la modelele de gândire şi de conduită vechi, anterioare, stabile, consolidate în decursul timpului la altele noi, care urmează să fie deprinse şi să le înlocuiască pe cele vechi. Este un efort de învăţare, dar mai ales de adaptare la ceva nou şi necunoscut. În plus, vechea experienţă profesională este sau, mai exact, trebuie să fie abandonată ca inutilă, fapt care produce o stare de autodepreciere, ce adesea poate duce la depresii nevrotice.

Reprofesionalizarea nu este numai un efort de învăţare. Ea reprezintă o adaptare la un nou statut şi un nou rol socioprofesional. Adaptarea la un nou program şi un alt ritm profesional. Apar noi forme de comunicare, cerinţe noi etc., care trebuie rapid însuşite şi utilizate.

Toate aceste „schimbări" vor influenţa în mod direct personalitatea individului, starea de sănătate mintală a acestuia. Ele se vor reflecta asupra modului de gândire, a conduitelor şi atitudinilor acestuia, a stilului de viaţă personală. În mod secundar, vor avea efecte şi în ce priveşte familia etc.

Nevroza profesională, despre care am vorbit deja, ca o consecinţă a situaţiilor conflictuale cauzate de crizele socioprofesionale şi economice, poate favoriza apariţia unor *conduite negative de refugiu* (alcoolism, vagabondaj etc.), a unor *conduite protestatare* sau a unor *conduite vindicative antisociale* (delincvenţă, criminalitate, revolte, acte de

agresivitate colectivă etc.). Ele trebuie înţelese ca forme de „descărcare colectivă" cu semnificaţie nevrotică a unor frustrări sau conflicte cu efect psihotraumatizant, dar şi represiv. De regulă, aceste manifestări se vor exprima prin „conflicte de muncă" cu caracter simbolic, disputate între „grupurile socioprofesionale" defavorizate prin frustrare şi „grupurile de decizie" ale puterii executive, asupra cărora sunt proiectate eşecurile maselor. Dincolo de aspectele exterioare, social-politice şi economice ale conflictelor, acestea au şi o importantă dimensiune psihologică, ce vizează starea de sănătate mintală, fiind astfel de competenţa igienei mintale.

5. Întreruperea activităţii şi retragerea din viaţa profesională

În plan teoretic, orice profesionalizare presupune ulterior desfăşurarea unei activităţi profesionale în domeniul respectiv, de lungă durată. Aceasta va reprezenta, cum am mai spus, o dimensiune importantă înscrisă în psihobiografia oricărui individ. Sunt însă situaţii, de cele mai multe ori independente de voinţa individului, când acesta trebuie să-şi întrerupă sau să-şi schimbe tipul de activitate profesională în care activa, pentru care se formase şi pe care era obişnuit să o desfăşoare. Cauzele care determină aceste „întreruperi" sunt fie de ordin sociopolitic sau economic, fie de ordin personal (boli somatice sau psihice invalidante, schimbări de domiciliu, migraţii etc.).

Dincolo însă de aceste aspecte, care vizează schimbarea sau întreruperea activităţii profesionale cu caracter accidental şi, de cele mai multe ori, împotriva voinţei individului, există şi „retragerea din profesiune" prin pensionarea legală la limita de vârstă. Oricare dintre aceste situaţii menţionate produc „schimbări" dintre cele mai diferite, cu efect direct asupra stării de sănătate mintală a individului, care, aşa cum spuneam, privesc igiena mintală. Vom analiza în continuare cele mai importante efecte negative asupra stării de sănătate mintală pe care le produc întreruperea temporară sau definitivă a activităţii profesionale la vârsta tânără şi retragerea profesională la persoanele intrate în vârsta a treia.

Orice retragere profesională reprezintă o „sistare" a activităţii desfăşurate de individ, pe care acesta o percepe, de regulă, în mod dureros, ca pe o „ruptură" în desfăşurarea vieţii sale, ca pe o „ieşire" din stereotipurile comportamentale, din ritmul de viaţă cu care era obişnuit. Sistarea activităţii profesionale presupune schimbări importante în viaţa individului, pe care le putem sintetiza astfel:

a) schimbarea stilului de viaţă, diminuarea veniturilor materiale, pierderea statutului şi a rolului socioprofesional anterioare;
b) îngustarea considerabilă a comunicării, a relaţiilor personale, resimţite ca o „închidere" a lumii şi, ulterior, ca o situaţie de „excludere" socială;
c) întreruperea sau retragerea din viaţa profesională este, în foarte multe situaţii, resimţită ca un eveniment psihotraumatizant cu efecte negative multiple, de tipul: pierderea motivaţiei, sentimentul propriei inutilităţi, insomnii, iritabilitate, depresie;
d) se notează în multe cazuri, în special la persoanele de vârsta a treia, manifestări nevrotice de factură depresivă, accentuarea proceselor de involuţie senilă etc.;
e) apariţia unor conduite de refugiu, cu caracter compensator al pierderii statutului socioprofesional, adesea negative (alcoolism etc.).

Dacă acceptăm faptul că retragerea din viaţa profesională implică o suită de factori psihotraumatizanţi, aşa cum s-a arătat mai sus, putem vorbi, de asemenea, despre „mecanismele de compensare", cu caracter pozitiv, care prelungesc formele de activitate a individului. Acestea sunt reprezentate prin următoarele: lecturi, activităţi distractive, călătorii, frecventarea unor cluburi, sporturi etc. Există însă şi situaţii ce permit continuarea activităţii profesionale în regim de timp parţial, favorizând în felul acesta o „retragere treptată" din viaţa profesională, fapt care, evitând „ruptura bruscă", anulează psihotraumatismul pensionării, protejând astfel starea de sănătate mintală prin adaptarea treptată la un stil de viaţă liberă.

Retragerea din profesiune nu este numai un efort de adaptare şi de reevaluare de sine a individului; ea presupune adoptarea unui nou mod de „a vedea" şi de „a gândi" viaţa şi propria persoană, de a se pune de acord prin noul său statut şi rol cu familia şi cu grupul social. Individul trebuie să caute şi în acelaşi timp să i se ofere noi perspective, noi orizonturi, noi posibilităţi, prin care să se valorifice pentru a-şi putea menţine tonusul afectiv. Aceste aspecte revin ca sarcină igienei mintale. Pentru psihoigiena retragerii din viaţa socioprofesională vom consacra un capitol special.

6. Igiena mintală şi activitatea profesională

Aşa cum se poate desprinde din cele de mai sus, igiena mintală este în mod direct implicată în toate etapele activităţii profesionale: pregătirea profesională, desfăşurarea activităţii profesionale, răspunsul la situaţiile critice, de „criză profesională", şi, în final, pregătirea retragerii profesionale şi readaptarea individului la viaţa postprofesioanlă, de pensionar.

Având în vedere cele deja prezentate, rezultă că situaţiile de „criză socioprofesională" au şi o importantă dimensiune psihologică, ce . eresează starea de sănătate mintală, având prin aceasta contingenţă cu igiena mintală. Măsurile de igienă mintală care se impun în aceste situaţii sunt de o maximă importanţă, atât în acţiunea de prevenire, cât şi în cea de combatere sau de reparaţie-restaurare a situaţiilor critice, şi ele constau în următoarele:

a) crearea unor condiţii optime de desfăşurare a activităţii profesionale;
b) însuşirea cunoştinţelor profesionale care să poată permite desfăşurarea activităţii fără a cauza sau suprasolicita capacităţile individului, stimulându-l şi dezvoltând o motivaţie pozitivă pentru aceasta;
c) menţinerea unui ritm constant de activitate, conform cu capacităţile fiziologice şi psihice ale persoanei respective;
d) obţinerea de satisfacţii personale în activitatea profesioanală, precum şi a unor recompense morale şi materiale;
e) atmosferă de comunicare pozitivă care să stabilească un acord între individ şi activitatea pe care acesta o defăşoară, precum şi în interiorul colectivului de muncă;
f) valorizarea de sine a individului prin procesul de activitate profesională şi prin identificarea acestuia cu rezultatele muncii sale;
g) evitarea situaţiilor psihotraumatizante de schimbare profesională, de întrerupere a activităţii etc., prin pregătirea prealabilă a individului;
h) oferirea de compensaţii în cazul schimbărilor sau al ieşirii din activitatea profesională.

Aspectele mai sus discutate pun în evidenţă importanţa măsurilor de igienă mintală în adaptarea profesională, precum şi rolul acesteia în profilaxia factorilor psihotraumatizanţi profesionali care pot afecta starea de sănătate mintală.

Capitolul 21

Psihoigiena retragerii din viaţa socioprofesională

1. Cadrul general al problemei

Fiecare „etapă" a vieţii individuale reprezintă un „segment de viaţă" personală, o *vârstă*, cu caracteristicile sale psihologice, profesionale, sociale, morale etc. Ea constituie un anumit nivel de dezvoltare şi maturizare psihosocială, de formare individuală şi profesională, o „anumită experienţă de viaţă", dar mai ales o anumită „imagine de sine", ce reprezintă suma tuturor trăsăturilor de caracter şi a experienţelor personale ale individului.

Imaginea de sine se schimbă odată cu vârsta individului şi reprezintă, cum spuneam, suma experienţelor de viaţă ale acestuia. Fiecare individ îşi planifică într-o manieră personală propria viaţă, ca „nivel de aspiraţii", ca „scopuri practice" sau ca „idealuri", pe care caută să şi le împlinească. Imaginea de sine este atât rezultatul împlinirilor, cât şi al eşecurilor individului. Fiecare face eforturi să arate aşa cum ar dori să fie. Trebuie să vedem, în lupta individului cu viaţa, o „pulsiune a Supra-Eului" de a se „auto-remarca" valoric.

Pentru a putea înţelege acest aspect, trebuie să clarificăm cei doi termeni care adesea se suprapun, generând confuzii: *viaţa*, ca desfăşurare a unui proces biologic, şi *existenţa*, ca modalitate de „a fi" a duratei de sine, trăită în lume, dar şi în planul conştiinţei de sine.

Viaţa ca proces pur biologic individual poate fi menţinută şi protejată prin măsuri de igienă generală de ordin medical. Existenţa însă trebuie construită de individ prin instrucţie, educaţie, cultură şi profesionalizare, prin interiorizarea unui *model uman* şi a unui anumit stil de viaţă. Existenţa este cea care va determina „statutul" şi „rolul" individului în Cetate, integrându-l adaptativ la mediul acesteia şi conferindu-i calitatea de „a fi" conform normelor sociale. *Viaţa biologică* se întemeiază pe satisfacerea pulsiunilor vitale fundamentale, de ordin apetenţial. Ea se cuprinde între cei doi poli: „plăcere" şi „neplăcere". *Existenţa socio-individuală* se întemeiază pe „stilul de viaţă socială" către care tinde individul, conform cu pulsiunile spirituale ale Supra-Eului său valoric-moral. Din acest motiv ea oscilează între „împlinire" şi „eşec".

Din această perspectivă, faptul de „a fi", atât ca *viaţă*, cât şi ca *existenţă* a individului, se înfăţişează ca o cursă continuă, desfăşurată pe tot parcursul vieţii acestuia, un efort canalizat către împliniri sau, dimpotrivă, către erori, obstacole şi eşecuri. Toate acestea contribuie la configurarea unei imagini (psihosociale) de sine a persoanei umane.

Trebuie să acceptăm, pe baza celor discutate mai sus, faptul că „imaginea de sine" se formează şi se modifică continuu, pe tot parcursul vieţii individului. Ea este expresia atât a „felului de a fi", cât şi a „nivelului de realizare/eşec" al unei persoane. Ea exprimă, în mod egal, atât calităţile şi abilităţile, cât şi inaptitudinile şi defectele persoanei. Prin aceasta, ea dispune de o mobilitate extremă, care-i conferă capacitatea de a se auto-compensa, după cum, dimpotrivă, poate duce la insatisfacţii, suferinţă, nevroză etc. Să analizăm aceste aspecte.

2. Retragerea din viaţa profesională

Activitatea profesională reprezintă o parte importantă din viaţa unei persoane. Aceasta presupune o anumită pregătire de specialitate care să-i asigure existenţa printr-un venit material, dar şi pe care, în mod egal, să o valorifice din punct de vedere profesional-social, să-i ofere satisfacţii morale şi prestigiu. Prin aceasta, activitatea profesională contribuie la formarea şi consolidarea imaginii de sine a individului.

Orice fel de schimbare în activitatea profesională implică, în esenţa ei, o anumită afectare a valorii persoanei respective. Succesul profesional, avansarea, obţinerea de performanţe superioare sunt percepute ca realizări ce valorizează individul şi-i conferă o „imagine socială" superioară, de prestigiu, oferindu-i în felul acesta un „statut exemplar", care întăreşte încrederea personală şi stima de sine, aducând satisfacţie. Toate acestea reprezintă factori stimulanţi pentru sănătatea mintală a individului.

O situaţie diferită, opusă celei de mai sus, este reprezentată de eşecuri, greşeli în activitatea profesională, nerespectarea disciplinei de muncă, a ritmului profesional etc. Acestea apar ca urmare, în primul rând, a unei proaste sau incomplete pregătiri profesionale, a absenţei unei motivaţii pentru profesiunea/activitatea desfăşurată, a dezinteresului, a dificultăţilor de comunicare în procesul muncii etc. Această categorie de indivizi sunt de regulă instabili psihic, nemotivaţi, imaturi emoţional-afectiv, lipsiţi de responsabilitate şi stimă faţă de profesiune şi faţă de ceilalţi membri ai grupului. În fine, mai există o categorie de indivizi „investiţi" cu sarcini profesionale pentru care nu sunt pregătiţi, nu au nici un fel de aptitudini şi cunoştinţe, dar care, din orgoliu sau pentru beneficii materiale, „ocupă funcţii" şi au „poziţii sociale" importante. Prezenţa în majoritatea domeniilor de activitate profesională a acestei categorii de „impostori" este deosebit de malefică întrucât îi încurcă pe adevăraţii profesionişti şi, prin prezenţa lor, tulbură atmosfera profesională, comunicarea, în final scăzând prestigiul profesiunii respective. Această categorie de neprofesionişti, lipsiţi de orice fel de valoare, reprezintă „elementele negative" care perturbă desfăşurarea activităţii profesionale, creând tensiuni, conflicte, false competiţii etc. Neprofesionalismul este un factor de tulburare a stării de sănătate mintală într-o colectivitate de muncă.

Există însă un aspect deosebit de important legat de activitatea profesională, care reprezintă un factor cu implicaţii directe, imediate şi grave pentru starea de sănătate mintală a individului, şi anume „ieşirea" sau „retragerea" din activitatea profesională.

Retragerea din activitatea profesională pentru limita de vârstă, legal stabilită pe plan social, trebuie să reprezinte un moment de satisfacţie pentru o viaţă de muncă resimţită ca împlinită. Cu toate acestea, având în vedere stereotipurile formate în decursul anilor, retragerea din profesiune este însoţită de un sentiment nostalgic, care anunţă şi începutul declinului biologic al vieţii.

Există însă situaţii foarte frecvente, când retragerea din activitatea profesională este resimţită dureros şi reprezintă, în mod real, un eveniment psihotraumatizant pentru individ. Cauzele care pot determina *retragerea* sau *încetarea* exercitării activităţii profesionale sunt multiple. Activitatea profesională poate înceta la termen, odată cu împlinirea vârstei de pensionare, dar ea poate interveni şi în mod accidental, prin alterarea stării de sănătate fizică sau psihică a unei persoane, situaţie care o poate împiedica să-şi mai exercite în condiţii normale profesiunea pentru care era pregătită. Accidentele de muncă şi invaliditatea, ca o consecinţă a acestora, exclud individul din activitatea profesională.

Retragerea din viaţa profesională este resimţită de individ ca un psihotraumatism cu o dublă semnificaţie: *excludere profesională* şi *excludere socială*. Ambele situaţii, în cazul persoanelor motivate socioprofesional, sunt percepute ca un sentiment de frustrare, care le fac să se simtă inutile prin excludere. Este incontestabil faptul că etapa de trecere de la *activitate* la *inactivitate* va afecta serios starea de sănătate mintală a individului.

Mai există însă o categorie de indivizi pentru care retragerea din viaţa profesională reprezintă o soluţie de realizare a unor scopuri personale, de regulă profituri materiale. Aceasta este categoria indivizilor care se „pensionează" pe bază de motive inventate, ireale, obţinute fie prin simularea unor afecţiuni cronice invalidante, prin internări multiple, repetate în instituţii medicale, fie prin coruperea cadrelor medicale. Trebuie să vedem în aceste „cazuri" nu numai o fragilitate sanitară şi morală a acestei categorii de indivizi, dar şi o anumită stare de anormalitate a instituţiilor sociale de specialitate.

Aceşti indivizi nemotivaţi pentru o activitate, inactivi, instabili şi imaturi afectiv, lipsiţi de responsabilitate şi cu un Supra-Eu slab reprezintă o categorie specială de „anormali". Deşi nu pot fi consideraţi bolnavi în sensul medical al termenului, ei prezintă o anumită stare de „anormalitate morală" care-i face să încline către aceste „soluţii necinstite" de viaţă. În aceste situaţii, „boala" ca invaliditate profesională reprezintă atât un „refugiu", cât şi o „sursă de trai", care nu cer nici un fel de efort. Este o formă mascată de „parazitism social".

3. Impactul asupra sănătăţii mintale

Este de la sine înţeles faptul că situaţiile de mai sus, prin natura lor, vor avea un impact deosebit asupra stării de sănătate mintală a persoanei, de care igiena mintală este obligată să ţină cont.

Considerată drept un „moment" de schimbare în existenţa individului, retragerea din profesiune şi, implicit, izolarea şi ulterior marginalizarea socială a acestuia vor avea multiple consecinţe asupra stării de sănătate mintală. Am grupat aceste „situaţii-stări" în câteva tipuri, pe care le voi analiza în continuare.

Retragerea din activitatea profesională implică şi o retragere din viaţa socială, constituind prin aceasta o psihotraumă pentru sănătatea mintală. Dacă în cazul celor pentru care viaţa constituie o „împlinire reuşită" retragerea profesională reprezintă o formă de încheiere care aduce după sine satisfacţii, în cazul celor pentru care viaţa a fost o „luptă pentru existenţă", încărcată de efort, încercări, obstacole, eşecuri, retragerea profesională dobândeşte semnificaţia unei eliberări de constrângeri şi servituţi.

Dincolo însă de aceste aspecte, retragerea din activitatea profesională şi din viaţa socială „scoate" individul din colectivitate şi-l izolează, în unele situaţii ajungându-se până la însingurare sau limitarea la orizontul vieţii familiale.

Se pot observa, în aceste situaţii, apariţia şi dezvoltarea unor „sentimente" trăite sau chiar formarea unor veritabile complexe ale persoanei. Cele mai frecvente şi importante dintre ele sunt reprezentate prin: sentimentul de excludere socioprofesională, de care se leagă cel de inutilitate, şi complexul de inferioritate faţă de persoanele aflate încă în activitate. Treptat apare un sentiment de dependenţă socială şi familială, care va influenţa în mod negativ starea de sănătate mintală. În formele grave se pot dezvolta chiar tulburări psihice depresive.

După retragerea profesională, indivizii se izolează, se modifică caracterial, devin tacituri sau vorbesc despre trecut, au tulburări de somn, depresii etc.

Un alt aspect legat de aceste schimbări de statut şi rol social este dat de „ruptura de comunicare" cu generaţiile tinere, dificultatea de a mai stabili un dialog, divergenţa punctelor de vedere şi, în final, izolarea.

Compensarea acestor psihotraumatisme este realizată prin asocierea în activităţi de „cluburi", întâlniri, activităţi familiale, îngrijirea şi educarea nepoţilor etc. Toate aceste aspecte sunt extrem de importante şi suntem obligaţi să ţinem seama de ele întrucât inaugurează „intrarea" în „vârsta a treia" a individului, intrare care trebuie pregătită în vederea protejării stării de sănătate mintală a acestuia.

Secţiunea a III-a

Igiena mintală a comunităţilor umane

Capitolul 22

Spaţiul social şi sănătatea mintală

1. De la *physis* la *polis*

Orice societate presupune un cadru de viaţă colectivă a persoanelor, organizată în jurul unor instituţii, normată de un sistem de valori şi controlată de un corp de legi care decurg din normele valorice. Viaţa în *cetate* reprezintă „ieşirea" omului din *natură* şi „intrarea" într-un spaţiu vital propriu naturii sale, care-l reprezintă, îl ocroteşte şi-i oferă condiţiile necesare atât *stabilităţii*, cât şi *progresului său*. Din momentul ieşirii *omului* din natură şi al intrării în cetate, se poate afirma că se încheie „istoria naturală" şi începe „istoria social-politică" a persoanei.

Orice mod de viaţă, atât în natură, cât şi în cetate, presupune avantaje, dar şi restricţii: *drepturi*, *interdicţii* şi *datorii*. Din punct de vedere psihologic, acestea „normează" nevoile, tendinţele şi aspiraţiile atât ale individului, cât şi ale grupului social. În cetate însă, individul va trebui „să fie" în raport cu sau „să se conformeze" intereselor generale, să-şi pună de acord *interesele* şi nevoile cu cele ale *grupului* de *indivizi* căruia îi aparţine.

Cetatea, prin structura şi prin funcţiile sale, reproduce persoana. Ea constituie sau construieşte un „mediu uman" ce va înlocui „mediul natural". Este, incontestabil, un „salt", care reprezintă, cum spuneam, „intrarea omului în istorie". Din acest moment, „viaţa cetăţii" va deveni „viaţa grupului uman" şi, în mod implicit, şi viaţa individului. Pe tot parcursul istoriei umanităţii, una dintre temele centrale ale acesteia a fost modul de organizare, funcţionare şi perfecţionare a cetăţii şi vieţii în cetate, ca o formă de transfer al aspiraţiilor şi destinului comunităţii umane asupra cetăţii, ca obiect care concentrează simbolic toate problemele umanului. Din acest moment, realizările şi eşecurile, cooperarea şi competiţia, comunicarea şi conflictele interumane, conduitele, atitudinile, modul de a simţi şi de a gândi, acţiunile etc., toate se vor concentra în *cetate* şi se vor desfăşura în conformitate cu *spiritul cetăţii*.

Cetatea va fi cea care va da norme şi legi prin instituţiile sale, va stabili modalitatea relaţiilor interumane, a comunicării. *Spiritul cetăţii* va deveni „modelul sociocultural" ce va institui sistemul de valori de referinţă în conformitate cu care grupul este obligat să se comporte, să gândească şi să acţioneze. Acest aspect va duce la atribuirea unei „identităţi de grup" specifice cetăţii respective. Normele cetăţii devin legi obligatorii pentru toţi cetăţenii ei.

Această „trecere" a omului de la „mediul fizic" la „mediul social", legată, în primul rând, de rezultatul apariţiei şi dezvoltării conştiinţei, presupune o „schimbare" profundă a lui pe multiple planuri, trecerea de la stadiul de *fiinţă naturală* la cel de *persoană*

socială. Acţiunea de socializare a omului o vedem în adoptarea unor noi forme de comportament, de gândire, de acţiune, care sunt rezultatul modelării omului în conformitate cu normele cetăţii.

Forţele sociale vor acţiona „represiv-modelator" asupra grupului de indivizi. Această *reprimare*, înţeleasă în sensul de *normare*, ca formă de manifestare acceptată de grupul social, priveşte regimul *instinctelor* (tendinţe, trebuinţe, pulsiuni), *conduitele* (libertatea individuală), *acţiunile* (voinţa), *sensibilitatea* şi *gusturile* (afectivitatea), *gândirea*. Se urmăreşte prin aceasta „formarea omului" sau „educarea" lui, pe de o parte, în scopul deprinderii/învăţării unor modele de conduită noi, iar pe de altă parte, în scopul dobândirii unui statut social. Se formează în felul acesta un nou „tip uman": *omul cetăţii* sau „cetăţeanul", diferit de *omul naturii*. Pe tot parcursul istoriei sale, între *omul naturii* şi *omul cetăţii* va exista o contradicţie, un conflict interior, manifestat fie prin „nostalgia originilor", ca dorinţă de reîntoarcere la condiţia primară, plasată într-o etapă edenică anterioară, fie prin dorinţa de depăşire a condiţiei actuale prin „progres", ca o tendinţă de transcendere, de proiecţie transpersonală şi transmundană. Tendinţele natural-primare sunt într-o permanentă confruntare cu tendinţele social-secundare ale omului.

Reprimarea exercitată de „forţele sociale" va fi interiorizată ca „model sociocultural", generând noi forme de conduită, acţiuni, atitudini, aspiraţii, care vor *deplasa* pulsiunile primare ale omului naturii în sfera nevoilor spirituale ale omului cetăţii.

Acţiunea factorilor de modelare a „sistemului de valori" socioculturale şi moral-religioase va avea ca efect formarea personalităţii individului şi a grupului social-uman respectiv. Acest proces complex priveşte şi starea de sănătate mintală. În egală măsură, crizele sociale care afectează valorile modelului sociocultural pot avea numeroase şi variate consecinţe negative asupra stării de sănătate mintală a grupului comunitar-uman, prin slăbirea sau chiar pierderea „rezervelor valorice" (sociale, culturale, morale şi religioase) ale societăţii, pervertirea normelor şi moravurilor, alienarea indivizilor, schimbări de atitudini şi mentalităţi, de conduite, interese etc. Toate acestea pun serioase probleme de sănătate mintală comunitară, care sunt de competenţa directă a igienei mintale.

2. Schimbările sociale şi sănătatea mintală

Structura şi dinamica socială reprezintă unul dintre factorii importanţi cu rol formativ şi de protecţie a stării de sănătate mintală pentru grupul comunitar-uman. Sănătatea mintală variază în raport cu tipul de societate. În *societăţile închise*, tradiţionale, conservatoare, cu un model sociocultural stabil ca norme şi valori, sănătatea mintală este mai bine asigurată, iar tulburările sunt mult mai rare şi de mică intensitate. În *societăţile deschise*, moderne, bazate pe factorii de progres care presupun schimbări şi înnoire, solicitând în felul acesta capacităţile de adaptare a progresului social la un sistem de norme şi valori aflat într-o continuă prefacere, sănătatea mintală este permanent ameninţată de o multitudine de *factori agresivi* (condiţiile de stres), iar tulburările psihice şi de adaptare socială sunt foarte frecvente, de o mare varietate şi intensitate. *Factorii protectori* ai sănătăţii mintale dispar treptat în societatea modernă, cooperarea dintre indivizi fiind înlocuită cu competiţia. Morala concurenţei nu se limitează numai la relaţiile formale dintre oameni, ci se extinde la schimbarea atitudinilor, a mentalităţilor, sensibilităţii şi, în final, la însăşi natura fiinţei umane.

O problemă serioasă o ridică „societăţile în tranziţie" de la un tip de *societate închisă-tradiţională* la un tip de *societate deschisă-modernă*. În cazul acesta par să opereze legile nescrise ale unei dure „selecţii sociale", care elimină sau marginalizează *persoanele inadaptabile*, favorizând dezvoltarea *persoanelor adaptabile*. *Inadaptabilii* sunt cei care nu se pot pune de acord cu noile situaţii de viaţă socială, fiind formaţi după modelele tradiţionale. *Adaptabilii* sunt cei care dispun de capacitatea de a accepta şi a interioriza cu uşurinţă schimbările, de a se adapta cu flexibilitate la nou, speculând circumstanţele situaţiilor de viaţă şi ocolind presiunile sociale. Toate aceste aspecte sunt de competenţa igienei mintale.

Mecanismele prin care schimbările sociale pot duce la tulburarea stării de sănătate mintală au o importanţă deosebită în ceea ce priveşte măsurile de igienă mintală ce se impun pentru prevenirea tulburărilor psihice, protejarea stării de sănătate mintală şi pregătirea persoanelor în vederea adaptării lor la evoluţia formelor istorice ale societăţii prin construirea unui climat psihosociocultural şi moral-spiritual favorabil, protector şi netraumatizant.

Sursa acestor stări de dezechilibru social se află în sistemul de valori, norme şi instituţii în jurul căruia se organizează sistemul social şi de care depinde viaţa grupului comunitar-uman. Schimbările progresului, prin rapiditatea lor, suprasolicită capacităţile de adaptare la nou şi de asimilare a acestuia, epuizând resursele psihologice. Din acest motiv, *factorii de progres* vor avea, în mod paradoxal, un efect frustrant, întrucât ei nu pot fi asimilaţi în totalitate şi la fel de către toţi membrii grupului social.

Viaţa individului, ca şi cea a grupurilor social-umane, devine tot mai dominată de valorile civilizaţiei materiale, tot mai formală. *Omul modern* este singur, sărac spiritual, neliniştit sufleteşte până la angoasă, lipsit de criterii valorice, trăind în izolare. El va deveni treptat o „personalitate nevrotică", care fie se va retrage din faţa schimbărilor sociale (izolare, însingurare, refugiu), fie va adopta atitudini şi conduite protestatare, fie îşi va construi subgrupuri de refugiu. În toate cazurile însă, cultura formelor fără conţinut, ca rezultat al declinului educaţiei (antimodele, modele negative, anticultură etc.), al manipulării prin mass-media, şi dependenţa de formele de civilizaţie materială vor schimba, în cele din urmă, atât imaginea, cât şi natura fiinţei umane.

Omul modern îşi pierde treptat identitatea şi se dizolvă în masă. Imaginea omului modern este rezultatul unor standarde formale impersonale şi depersonalizante (vestimentaţie, accesorii, limbaj, gesturi, coduri simbolice etc.). Conţinutul sufletesc se reduce rapid la pulsiunile primare, un mod de a gândi simplu, schematic, o sensibilitate lipsită de gust, centrată pe plăcerile imediate, dezinteres, apatie, lipsă de responsabilitate morală, conduite „libere", lipsă de iniţiativă etc.

Nesigur de sine, neliniştit şi singur, omul modern devine o fiinţă dependentă de puterea politică a statului, de la care „aşteaptă" totul, fiind prin aceasta uşor şi permanent manipulabil. Cu o identitate incertă, lipsit de valorile educaţiei moral-spirituale şi cultural-religioase, omul modern aderă cu uşurinţă la diverse „grupuri" de care este atras din curiozitate, prin imitaţia altora, sau în care este „introdus" accidental. El va fi acceptat în aceste grupuri şi va primi o identitate nouă, cea a grupului respectiv. De regulă, aceste „(sub)grupuri sociale" cu caracter „sectant" sunt „grupuri marginale" formate din indivizi cu *probleme*, în care „trăsăturile de personalitate negativă" se accentuează, ele fiind condiţia „acceptării în grup" sub masca *(sub)modelului* şi oferind, de fapt, „antimodele" sau „modele negative", care le procură un succes uşor şi imediat

celor afiliaţi. Competiţia dintre „grupurile marginale", precum şi dintre acestea şi putere generează tensiuni, conflicte şi reacţii adverse, putând duce la conduite antisociale de violenţă. Toate aceste aspecte conduc la apariţia unor „tipuri umane noi", a unor noi „modele" de comportament, acţiune, gândire şi sensibilitate, concentrate toate într-un „stil de viaţă" fragil sau chiar deviant, pe care-l vom studia în continuare.

3. Stilul de viaţă şi sănătatea mintală

Condiţiile *societăţii deschise*, de factură civilă, modernă, cu aparenţă de libertate, cultivând „drepturile omului" şi „spiritul democraţiei", pun, aşa cum am mai arătat, serioase dificultăţi de adaptare la un nou „stil de viaţă", care ridică probleme importante pentru igiena mintală. Acest „stil de viaţă" este, în primul rând, rezultatul „pierderii" valorilor tradiţionale culturale, moral-spirituale şi religioase, care sunt rapid înlocuite de valorile moderne ale civilizaţiei materiale. Dependent de acestea din urmă, omul modern îşi pierde facultăţile sale creatoare, gândirea liberă şi originală, relaţiile afective se modifică, la fel şi modul de comunicare, rezultatul fiind o masă de indivizi impersonală şi manipulabilă.

Existenţa persoanei şi stilul de viaţă al acesteia devin dependente de accesul la valorile civilizaţiei materiale, de care indivizii depind în mod direct pentru a putea trăi. Conduitele lor aparent „libere" sunt, de fapt, dirijate, uniformizate şi impersonale, de imitaţie, toate având ca scop unic supravieţuirea. Această situaţie va genera tensiuni, conflicte şi reacţii de violenţă pentru a putea avea acces la bunurile materiale. Viaţa se transformă într-o luptă competiţională de obţinere a unor avantaje, situaţii favorizante etc.

Toate aceste „răsturnări valorice" duc la instaurarea unei „noi etici", specifică societăţii deschise moderne, caracterizată prin individualism, hedonismul legat de satisfacerea pulsiunilor primare, extravaganţa care cultivă şi afişează formele fără conţinut, excentricitatea ce înlocuieşte originalitatea, concurenţa care va substitui cooperarea, violenţa ca formă de a se impune şi a rezolva situaţiile, de a-i domina şi înlocui pe ceilalţi, care înlătură toleranţa şi sentimentele altruiste, urmărind succesul imediat, în fine, lipsa unor idealuri spirituale de perspectivă.

Stilul de viaţă se simplifică prin sărăcirea interioară a omului modern. Valorile civilizaţiei materiale sunt „bunuri consumabile" care reduc persoana la nevoile sale primare, imediate. Viaţa devine o suită de satisfacţii de moment, simple şi futile, care produc plăcere, dar nu lasă nimic în urmă, la sfârşitul lor individul găsindu-se la fel de singur şi de abandonat. Totul este mereu luat de la capăt, iar existenţa ajunge o cursă a unui hedonism vid. În spatele acestei aparente opulenţe, deschisă tuturor şi în dezvoltare continuă, stă, de fapt, „perisabilitatea" unor *mode* şi *modele* din ce în ce mai simple, mai fragile, care se succedă cu mare repeziciune. *Vechiul stres* de adaptare la condiţiile schimbătoare ale vieţii este înlocuit cu *noul stres* al presiunilor formale de manipulare (publicitate, reclamă, mode, mass-media etc.). Acest stil de viaţă va duce la depersonalizarea individului şi a maselor, la o afectare gravă a stării de sănătate mintală, generând, în acelaşi timp, noi „structuri sociale".

Masa populaţională se va segrega în funcţie de interese, accesul la valorile materiale, capacitatea competiţională, nivelul de incompetenţă. La baza acestor „criterii de diferenţiere" stau „factorii psihosociali" reprezentaţi de *frustrare*, *marginalizare* şi *castrare*,

care „motivează" interesele, nevoile şi competiţia acestor categorii de indivizi, constituite în următoarele forme de grupuri:

a) *grupuri decizionale*, care conduc societatea, gestionează puterea şi aplică legile, exercitând în felul acesta un „control" asupra instituţiilor şi cetăţenilor;
b) *grupurile de manipulare*, care exercită, sub aparenţa informării, o acţiune largă de manipulare prin mass-media (presă, radio, TV, cinema, teatru, megafestivaluri, competiţii sportive etc.), generând „curente de opinie" adoptate automat, nereflexiv de către populaţie;
c) *grupurile de persoane castrate*, defavorizate şi dependente social, care nu pot trăi independent, dar nici nu se pot adapta uşor în societate, având nevoie de suport moral, psihologic şi material (persoanele handicapate, copiii străzii, vagabonzii, cerşetorii, prostituatele etc.);
d) *grupurile frustrate*, ce cuprind o categorie eterogenă de indivizi din toate păturile sociale, care, deşi doresc să se integreze în societate, sunt refuzaţi parţial sau total de aceasta (şomerii, tinerii calificaţi fără posibilitatea de a munci etc.);
e) *grupurile discriminate*, reprezentate prin categoriile de persoane inferiorizate şi marginalizate pe considerente politice, etnice, rasiale, pe care societatea le refuză, le izolează sau chiar le supune unor persecuţii (minoritari etnici, imigranţi, persoane dislocate, azilanţi etc.);
f) *grupurile reprimate*, reprezentate prin categoria socială a persoanelor cu potenţial antisocial sau care prezintă un alt tip de „pericol" pentru societate (delincvenţi, criminali, alcoolici şi toxicomani, bolnavi psihic, bolnavi cu boli grave contagioase – sifilis, SIDA etc.).

Fiecare dintre grupurile mai sus menţionate va avea o anumită specificitate, o anumită configuraţie. Societatea va afişa atitudini diferenţiate faţă de fiecare dintre aceste grupuri social-umane, iar grupurile, la rândul lor, vor „simţi" respectivele „atitudini" sociale. De multe ori, „acţiunile de protecţie" ascund, de fapt, *forme sublimate de izolare-marginalizare* din partea puterii şi a instituţiilor sociale. Protejându-i pe cei defavorizaţi, societatea îi izolează pentru a se proteja pe ea însăşi.

La rândul său, fiecare dintre aceste grupuri va avea sistemul lui de organizare şi funcţionare, va adopta o anumită atitudine faţă de ceilalţi, un mod specific de a gândi, o anumită sensibilitate, din care decurge stilul de viaţă al fiecăruia. Siguranţa, precum şi nesiguranţa vieţii devin factorii esenţiali care vor condiţiona starea de sănătate mintală.

Se poate desprinde din cele de mai sus ideea că starea de sănătate mintală şi cea de boală psihică sunt condiţionate de „factorii sociali" (culturali, morali, religioşi, economici, juridici etc.) care acţionează asupra grupului comunitar-uman fie în sens formativ-protector (sanogenetic), fie în sens represiv-contrariant (morbigenetic). Permanenta schimbare a „factorilor de acţiune socială" în cursul desfăşurării istorice a vieţii sociale face ca atât sănătatea mintală, cât şi boala psihică să îmbrace aspecte formale variate ca manifestare, extindere, intensitate şi durată de la o epocă istorică la alta. În mod egal, şi acţiunea de igienă mintală se va adapta la „condiţiile social-istorice" ale comunităţilor umane. Aceste aspecte particulare le vom analiza în capitolele următoare.

Capitolul 23

Scena politică şi actorii săi

1. Cadrul general al problemei

Am arătat în cuprinsul lucrării importanţa influenţei *cadrului* şi a *factorilor* sociali asupra stării de sănătate, atât individuală, cât şi colectivă. Ne vom ocupa în continuare de un aspect particular al „socialului", şi anume viaţa politică şi efectele acesteia asupra sănătăţii mintale a Cetăţii şi a membrilor ei.

Înţelegem prin „viaţă politică" viaţa omului şi a comunităţilor umane în interiorul Cetăţii, iar prin Cetate înţelegem spaţiul social în care se desfăşoară viaţa şi activitatea comunităţilor umane. Cetatea este „spaţiul civil" sau „scena politică" *pe care* şi *în care* se desfăşoară toate evenimentele istorice ale Cetăţii şi cetăţenilor.

Cetatea, considerată o „prezenţă spaţială" şi un „simbol valoric", este cea care organizează, conduce şi menţine comunităţile social-umane, le conferă un anumit stil de viaţă, un sistem de gândire, stabileşte un anumit tip de comunicare şi, mai ales, fixează ca ideal un anumit destin istoric.

Viaţa în Cetate le prescrie cetăţenilor săi un anumit sistem de norme şi valori din care derivă drepturile şi datoriile acestora, un sistem riguros de relaţii reciproce; pe scurt, un *statut* şi un *rol*.

Dar aspectul cel mai important legat de „viaţa politică" a Cetăţii este că fiecare Cetate are „stilul ei specific de viaţă" care construieşte, cultivă şi impune un anumit *model de sănătate mintală* colectivă. Fiecare Cetate are „tipul ei de normalitate", precum, în egală măsură, şi „tipul ei de anormalitate". Aceste aspecte îşi au sursa în sistemul de valori, experienţa istorică şi nivelul de dezvoltare/maturizare ale Cetăţii respective.

Rezultă de aici faptul că „viaţa social-politică" trebuie să reprezinte *sursa* şi *garantul* stării de sănătate mintală şi, prin aceasta, starea de echilibru social al oamenilor şi instituţiilor care o compun. Astfel, subliniem importanţa care trebuie acordată de igiena mintală factorilor social-politici în configurarea, menţinerea şi dezvoltarea unei stări optime de sănătate mintală. Această politică este absolut necesară întrucât de echilibrul oamenilor depind atât echilibrul, cât şi stabilitatea Cetăţii şi a instituţiilor sale, chiar evoluţia şi destinul istoric ale acestora.

Acceptând faptul că „viaţa politică" reprezintă unul dintre factorii esenţiali ai ordinii, echilibrului şi stabilităţii sociale, cu implicaţii directe şi imediate asupra stării de sănătate mintală colectivă – deşi acest aspect a fost multă vreme neglijat –, ne vom ocupa în continuare de analiza raportului dintre „politic" şi „sănătatea mintală".

2. Igiena mintală şi sistemul social-politic

Acţiunea social-politică

Fenomenele social-politice sunt destul de greu de surprins şi de analizat. Ele au, de regulă, un pronunţat caracter subiectiv care se pretează cu multă uşurinţă la interpretări variate. Între „certitudine" şi „presupunere" există o mare întrepătrundere. În plus, fiecare dă impresia că poate emite „păreri valabile" cu valoare de adevăr. În realitate totul este relativ şi schimbător.

Ceea ce caracterizează din perspectivă psihologică şi psihanalitică viaţa socială sunt „acţiunile politice". Acestea reprezintă din punct de vedere formal factorii care dinamitează/mobilizează viaţa Cetăţii. Acest rol dinamic implică în mod direct şi serios „acţiunile politice", printre altele şi în ceea ce priveşte starea de sănătate mintală a societăţii respective.

Orice acţiune social-politică urmăreşte un scop. Ea îşi propune, sau cel puţin aşa susţine, să realizeze în conformitate cu un „program social" nevoile fundamentale ale comunităţii social-umane, luptând pentru „bunăstarea" acesteia. Se stabileşte în felul acesta un raport între „acţiunea politică" şi „comunităţile umane"; mai exact, între „aşteptările comunităţii umane" şi „promisiunile acţiunii politice". Acest raport are însă o mare încărcătură subiectivă şi el nu este niciodată realizat. Din acest motiv apar tensiuni, stări de nelinişte, situaţii confuze, ameninţări sau proteste, ca urmare a unei „false comunicări" de factură demagogică între sfera politică şi comunităţile social-umane, între „atitudinile politicului" şi „acţiunile concrete" ale acestuia (S. Mehedinţi, *Politica de vorbe şi omul politic*). Această neconcordanţă va produce o fractură între „politic" şi „social-uman", prin nerealizarea promisă a „cerinţelor/nevoilor maselor" şi „rezultatele/efectele acţiunii politice". Apare, în acest caz, conflictul, ca o formă de „protest reactiv", în urma frustrărilor colective ale comunităţilor social-umane faţă de sfera politică.

În aceste condiţii de veritabilă criză, de tipul unei „nevroze colective", comunităţile social-umane vor „culpabiliza" sfera politică, proiectând asupra ei propriile lor probleme, eşecuri, frustrări, complexe, pe care le vor considera efectul unei proaste gestionări a Cetăţii. În esenţa lor, aceste „crize social-politice" au un caracter anomic, declanşând o „nevroză colectivă" cu efecte directe şi imediate asupra sănătăţii mintale.

Retorica politică şi manipularea maselor

Un rol important în „acţiunea politică", cu efecte directe, imediate şi multiple asupra stării de echilibru psihic şi de sănătate mintală a colectivităţilor umane, îl are „retorica politică" (S. Mehedinţi). Efectul acesteia este extrem de important.

Retorica politică, dincolo de aspectele sale formale de comunicare dintre „lideri" şi „mase", are, în primul rând, un efect subiectiv de manipulare. Fascinaţia promisiunilor *discursului politic* captivează. El „spune" ceea ce masele doresc să audă şi „răspunde" în mod promiţător dorinţelor acestora.

Discursul politic are rolul psihologic de „exaltare colectivă", prin aparenta siguranţă a promisiunilor pe care le lansează. Prin aceasta se creează impresia unui „dialog cu masele" şi, de aici, a „valorizării" acestora.

Orice discurs politic are, în esenţa lui, ca intenţie „stimularea pulsiunilor colective primare" şi „manipularea maselor" în direcţia realizării unor acţiuni legate de „interese" mascate de false promisiuni.

Efectul retoricii politice este, într-o primă fază, o „descărcare a tensiunii maselor", urmată de „speranţa" unor împliniri aşteptate. Într-o fază ulterioară însă, din cauza nerespectării acestor „promisiuni", masele frustrate în urma manipulării vor „reacţiona nevrotic".

Astfel, „discursul politic" se va transforma într-o „retorică a diversiunii". Se vor inventa situaţii şi evenimente care, prin natura lor, să reprezinte un „pericol" asupra căruia să se concentreze „atenţia colectivă", fiind în felul acesta „deturnată" de la problemele reale de „criză a Cetăţii". Diversiunea, zvonul, minciuna creează o stare de nesiguranţă, tensiune, panică, transformând „dinamismul reactiv-nevrotic" într-o stare generală de „adinamism defetist".

Cea de-a treia formă a manipulării prin retorica politică este reprezentată de antrenarea maselor în acţiuni de „descărcare pulsională colectivă", de tipul megafestivalurilor, partidelor de fotbal etc.

Scena politică şi instituţiile sociale

Acţiunea social-politică a Cetăţii se desfăşoară după un „scenariu" cu reguli precis stabilite. Ea beneficiază de „locuri consacrate", veritabile instituţii în care se stabilesc norme şi valori de conduită, forme de comunicare, se hotărăşte ceea ce este permis şi ceea ce este interzis, într-un cuvânt, „legile" care guvernează Cetatea.

Aceste norme cu caracter de obligativitate colectivă reprezintă formele de „a fi" ale comunităţii umane, „legile" care controlează şi sancţionează orice forme de abatere de la acestea. Altfel spus, ele reprezintă, în esenţa lor, „prescripţiile-indicatori" ale stării de sănătate mintală şi echilibru adaptativ atât individuale, cât şi colective. Din punct de vedere teoretic, cât şi practic, „protecţia legilor" garantează starea de normalitate a Cetăţii şi, de aici, sănătatea mintală a cetăţenilor ei. Din acest motiv *legile* trebuie să fie conforme cu cerinţele *naturii umane*. Ele trebuie să exprime „spiritul Cetăţii" şi felul de a fi al cetăţenilor săi.

Legile, considerate ca norme de conduită acceptate, deşi au putere de circulaţie în Cetate şi privesc cetăţenii acesteia, au instituţii consacrate în care sunt dezbătute şi aprobate, precum erau la vechii greci Agora, la romani Senatul, iar în societăţile moderne Parlamentul. Funcţia acestor instituţii nu era numai juridică. Din punct de vedere psihanalitic, ele reprezentau, în mod simbolic, conştiinţa Supra-Eului colectiv, care concentra totalitatea valorilor sociale, morale şi religioase din care se formulau „principii juridice" devenite norme obligatorii de conduită, de relaţii şi comunicare interumană, altfel spus „legi".

Interesant şi semnificativ este faptul că, din punct de vedere psihologic şi mai ales psihanalitic, acestor instituţii supreme ale Cetăţii li se opunea adesea o formă de manifestare colectivă cu caracter de împotrivire, revoltă, protest. Aceasta era reprezentată de „vocea poporului", de „protestul" sau „revolta" maselor, al căror spaţiu de manifestare îl constituie strada sau pieţele publice.

Acest tip de manifestări/proteste reprezintă, din punct de vedere psihanalitic, erupţia „pulsiunilor primare" acumulate în inconştientul colectiv şi, prin „descărcare", orientate proiectiv împotriva „instituţiilor" Cetăţii pe care, resimţindu-le represive, frustrante, castratoare, le vor acuza de vinovăţie. Masele vor nega prin protestele lor „legile" şi „instituţiile", cerând înlăturarea, înlocuirea sau corectarea acestora. Este o confruntare colectivă dintre *inconştientul colectiv al maselor* şi *Supra-Eul clasei politice* din interiorul Cetăţii.

Acest tip de confruntări este inevitabil, întrucât pulsiunile colective se acumulează şi este necesar ca, în mod periodic, să se producă acţiuni de „descărcare-eliberare" a acestora, veritabile acte de „catharsis colectiv". Trebuie să vedem în acest gen de manifestări formele unor „mecanisme de apărare colectivă". Acest lucru a dat naştere unei a treia forme de instituţii sociale, a cărei funcţie este de „descărcare colectivă" a pulsiunilor primare. Ele sunt cunoscute în istoria Cetăţii şi au existat dintotdeauna, sub diferite forme. Menţionăm în sensul acesta „luptele de gladiatori", „coridele", iar în epoca modernă competiţiile sportive, în special meciurile de box şi de fotbal. Arenele luptătorilor de ieri sunt stadioanele sportive de astăzi. Ele au aceeaşi destinaţie şi împlinesc aceeaşi funcţie de „catharsis colectiv", fiind astfel necesare şi tolerate în Cetate. Reprezintă o formă de „dirijare" a descărcării pulsionale colective care, în felul acesta, „eliberează" Cetatea fără a o „dezorganiza", o formă de manifestare colectivă de descărcare a pulsiunilor agresive, prevenind, în mod paradoxal, acţiuni generale de violenţă care, necontrolate şi generalizate, ar putea pune în pericol însăşi existenţa Cetăţii.

Deşi nu pot fi considerate drept „instituţii politice" ale Cetăţii, trebuie să mai menţionăm în seria instituţiilor care îndeplinesc roluri „educativ-cathartice", prin promovarea valorilor cultural-morale şi moral-religioase, teatrul şi biserica. Rolul lor psihosocial în formarea, menţinerea şi corectarea stării de sănătate mintală este esenţial, aceste două tipuri de instituţii ale Cetăţii având, în primul rând, o „funcţie terapeutică" de factură psiho-moral-religioasă. Biserica şi şcoala sunt instituţii esenţiale în „formarea" persoanei umane. Ele îşi exercită în mod direct acţiunea lor asupra stării de sănătate mintală, acţiune cu caracter permanent, pe tot parcursul vieţii, de la naşterea până la moartea individului.

Actorii politici şi spectacolul maselor

Am analizat mai sus „scena politică" considerată ca spaţiu social al Cetăţii. Să analizăm în continuare „actorii politici" şi „spectacolul maselor".

Dincolo de „funcţiile social-politice" legate de „treburile" Cetăţii, trebuie să vedem, din punct de vedere psihologic, în oamenii care constituie „clasa politică", prin statutul şi rolul lor psihosocial, nişte „actori politici".

Actorii politici sunt persoanele care, fiind înregimentate într-o anumită „grupare partinică" de opinii, convingeri sau interese, fie ca lideri, fie ca simpli partizani ai unor idei, se raportează, din punct de vedere simbolic, la nişte modele arhetipale. Rolul lor este de a capta, de a atrage şi organiza mulţimile, de a convinge şi, prin aceasta, de a impune *ideologii* şi *acţiuni sociale*. Acest lucru este posibil prin convingere, prin exemplul personal, prin promovarea nevoilor maselor, prin eliberarea acestora de constrângeri şi servituţi sau, dimpotrivă, prin forţă, constrângere, teroare, frică, minciună şi promisiuni fără acoperire.

Toate aceste „manevre politice" acţionează direct şi imediat asupra „sufletului colectiv" al Cetăţii, având efecte directe dintre cele mai grave pentru starea de sănătate mintală a maselor.

În această „galerie de lideri" semnalăm următoarele modele:

a) tipul *eroului salvator, pater patriae*, personaj politic providenţial, care scoate Cetatea din criză şi restaurează ordinea;
b) tipul *charismatic*, înţelept şi înţelegător, care ajută, apropie şi înţelege nevoile mulţimilor, oferind soluţii în primul rând morale;
c) tipul *legiuitorului*, om al dreptăţii care pedepseşte răul şi susţine, impune binele;
d) *dictatorul*, liderul dur, autoritar, deţinătorul unic şi absolut al puterii, care impune voinţa sa ca lege unică în Cetate, temut şi nedorit, dar împotriva căruia nu se poate nimeni şi nimic împotrivi;
e) *demagogul*, tipul de lider ipocrit, cu o falsă charismă, care promite, dar se contrazice, culpabilizează pe alţii pentru a se înfăţişa pe sine într-o postură favorabilă, manipulând masele şi făcând promisiuni vagi.

Este important de menţionat faptul că „spiritul Cetăţii" şi, implicit, starea de sănătate mintală individuală şi colectivă sunt în mod direct influenţate de „modelul liderului", de tipul de personalitate a acestuia. Cum este păstorul aşa va fi şi turma. Din acest motiv este absolut necesar ca igiena mintală să aibă în vedere, ca obiectiv major, „personalitatea conducătorului" Cetăţii în procesul de evaluare şi ca perspectivă de evoluţie a echilibrului social şi a stării de sănătate psihică a acesteia.

Elementul esenţial asupra căruia trebuie să ne concentrăm atenţia pentru a putea înţelege şi explica „spiritul" şi „sănătatea mintală" ale Cetăţii este reprezentat prin „puterea politică".

Puterea politică şi sănătatea mintală

Raportul dintre „lider", „clasa politică" şi „mase" se realizează prin intermediul „puterii politice". Aceasta reprezintă, dincolo de aspectele sale formale, „legislativ-juridice" şi de „obligativitate civică", cel mai important factor psihologic care determină, controlează şi hotărăşte „modelul de viaţă socială", în care sunt incluse următoarele: stilul de viaţă, modelele de gândire, acţiune şi comportament, formele de comunicare şi relaţiile interumane, tipul de sensibilitate, gusturile etc. Astfel, conceptul de „putere politică" însumează toate formele de viaţă ale Cetăţii.

Se poate spune prin urmare că „puterea" este cea care, în final, determină „forma" şi „conţinutul" stării de sănătate mintală. A fi *normal* echivalează cu a fi conform cu „puterea politică", a te „supune" acesteia, prescripţiilor ei; după cum, în egală măsură, a fi *anormal* echivalează cu a fi opus sau chiar împotriva „puterii politice".

Această constatare care subliniază raportul dintre „puterea politică" şi „spiritul Cetăţii" deschide o viziune nouă, lărgită, de înţelegere asupra semnificaţiei stării de sănătate mintală, o revizuire a conceptelor de *normalitate* şi *anormalitate*, atât în plan psiho-individual, cât şi în plan psiho-comunitar.

Diferenţele dintre comunităţile social-umane, din punct de vedere psihologic, le regăsim în cazul diferenţelor social-politice dintre modelele istorice de Cetăţi. Ele apar la Platon (*Republica, Legile*), la Aristotel (*Politica*), la Xenofon (*Statul atenian, Ciropedia*), la Tucidide (*Războiul peloponesiac*) şi la Herodot (*Istorii*). În mod egal, stările de anomie socială, conflictele, răsturnările politice, „crizele" care au dezorganizat Cetatea ne sunt pe larg expuse în operele lui Tacit (*Anale, Istorii*), Tucidide (*Războiul peloponesiac*) etc. La acestea se alătură o întreagă „literatură utopică", veritabilă „proiecţie în imaginar" care converteşte „puterea politică" în „grijă politică", imaginând şi făcând propuneri pentru o „Cetate ideală", aşa cum apare ea în scrierile lui Th. Morus (*Utopia*), T. Campanella (*Cetatea soarelui*), F. Bacon (*Noua Atlantidă*), dar şi în eseul filosofic al lui I. Kant (*Proiect pentru o pace perpetuă*).

Reacţia maselor faţă de „puterea politică" este extrem de variată. Ea exprimă starea de spirit a acestora, care reprezintă forma sub care se manifestă starea de sănătate mintală colectivă a Cetăţii. Orice „reacţie a maselor" trebuie înţeleasă ca o formă de „răspuns", ca o „contraacţiune" la „acţiunea" puterii politice. Nemulţumirile şi revoltele maselor, adevărate „spectacole social-politice", sunt rezultatul frustrărilor, al presiunilor şi interdicţiilor, al minciunii şi diversiunilor, toate acumulate într-o stare de „nevroză colectivă".

Considerăm aceste manifestări social-politice de masă ca pe nişte veritabile „spectacole", întrucât ele se constituie prin imitaţie şi sugestie colectivă, descărcare pulsională colectivă în cursul căreia sunt proiectate „frustrările maselor" asupra liderului şi a clasei politice. Solicitarea, în aceste situaţii de „criză" a „drepturilor pierdute", echivalează cu o re-echilibrare a spiritului colectiv, o anulare a tensiunilor şi o restabilire a echilibrului stării de sănătate mintală colectivă.

Sănătatea mintală colectivă este realizată prin echilibrul dintre „cerinţe/aşteptări" şi „împlinirea promisiunilor". În caz contrar apar situaţii de criză care generează conflicte colective. Masele sociale au nevoie de organizare, securitate şi identitate. Toate acestea sunt aşteptate să fie realizate şi respectate de lider şi clasa politică. Ele reprezintă factorii care asigură starea de sănătate mintală colectivă.

3. Igiena mintală şi viaţa social-politică

Se poate desprinde din cele analizate mai sus ideea că „spiritul Cetăţii" şi, implicit, starea de sănătate mintală individuală şi colectivă depind în mod direct şi imediat de stilul de viaţă social-politică a Cetăţii.

Viaţa într-o Cetate, în planul echilibrului său psihologic şi social, se întemeiază pe raportul dintre lider şi mase. Un fapt esenţial ce trebuie avut în vedere este „psiho-biografia liderului" (P. Accoce şi P. Rentchnick, *Ces malades qui nous gouvernent*).

Modelul psihobiografic al liderului, precum şi clasa politică partizană a acestuia vor influenţa în mod direct tipologia „sănătăţii mintale" a Cetăţii. Un lider frustrat, cu complexe, carenţe educative şi afective, cu o copilărie traumatizată, o personalitate nevrotică imatură, îşi va găsi compensarea în „puterea politică" de factură represiv-dictatorială. Este semnificativ faptul că „psihobiografiile" liderilor politici dictatori ai secolului XX sunt asemănătoare între ele în ceea ce priveşte „profilul nevrotic" al personalităţii acestora: V.I. Lenin, I.V. Stalin, B. Mussolini, A. Hitler, Mao Tze-Dun, Kim Ir Sen, N. Ceauşescu etc. Ei vor impune Cetăţii propriile „modele nevrotice", care vor duce în planul social-politic la teroare, absurd, anomie, cu efecte dintre cele mai nefaste pentru starea de sănătate mintală colectivă. Din aceste motive, măsurile de *igienă socială* trebuie să fie orientate în primul rând în direcţia igienei mintale.

Pretenţia de a avea o „societate sănătoasă" (E. Fromm, *The sane society*) este, desigur, iluzorie. Ea ne proiectează în perspectiva unei gândiri utopice. Rolul igienei

mintale colective nu este de a construi o „societate sănătoasă", ci de a stabili, prin măsurile adoptate, o stare de echilibru psihosocial în Cetate, a favoriza o adaptare optimă a cetăţenilor la viaţă, a preveni conflictele etc.

Promisiunile de o „lume mai bună şi mai dreaptă" vin fie dinspre „dreapta", fie dinspre „stânga" clasei politice, fiind „teorii lipsite de un suport real". Se impun măsuri concrete şi, în primul rând, un simţ realist al „realităţilor psihosociale". Vechile „teze politice" care promovau „lupta de clasă" sau „lupta de rasă" au eşuat, ca şi experimentarea lor social-politică.

Măsurile care se impun sunt în primul rând de ordin valoric: revalorizarea persoanei umane, a respectului şi demnităţii acesteia, o instrucţie şi o educaţie serioase întemeiate pe valorile morale, o libertate pusă sub semnul responsabilităţii, o corectă comunicare şi relaţii interumane bazate pe încredere şi respect reciproc.

Realizarea acestor deziderate poate însă eşua cu uşurinţă în utopii sau, dimpotrivă, ele pot fi speculate şi confiscate de „grupuri de interese" politice, economice ori de altă natură. În plus, trebuie ţinut seama de faptul că societatea, Cetatea sunt în permanentă schimbare, prefacere, datorită factorilor de „progres". Succesiunea istorică a generaţiilor face ca viaţa Cetăţii să se schimbe, apar noi forme, modele de conduită şi acţiune, modele de gândire, forme de sensibilitate etc. Rolul igienei mintale în aceste circumstanţe istorice este de a se adapta la nou, la „factorii de progres", de a pregăti „noile generaţii" pentru viaţă, asigurând în felul acesta echilibrul politic şi social al Cetăţii şi, implicit, starea de sănătate mintală a comunităţii umane.

Capitolul 24

Sistemul de presiune socială şi sănătatea mintală a maselor

1. Cadrul general al problemei

Un aspect important specific vieţii moderne îl reprezintă totalitatea modalităţilor de acţiune a instituţiilor sociale asupra maselor social-umane. Schimbările istorice survenite în plan social au impus un nou tip de relaţii socioumane între persoane, între grupurile de indivizi (profesionale, de schimburi, tranzacţionale, de interese, opinii, convingeri, credinţe moral-religioase etc.), precum şi între individ/grupurile de indivizi şi instituţii sau între instituţii.

În aceste condiţii, apar noi forme de comunicare, de comportament şi de acţiune. Se creează un nou cadru de expectaţii, de interese, de nevoi etc. Toate acestea construiesc noi *forme sociale* şi noi *sisteme de comunicare*. Stilul de viaţă, sensibilitatea, conduitele, modelul de gândire etc. se schimbă potrivit noilor condiţii.

Situaţia creată, prezentând o mare varietate de aspecte şi o uriaşă complexitate, se va amplifica şi perfecţiona rapid, solicitând capacităţile de „asimilare" a schimbărilor şi de „adaptare" la noul ritm al progresului social atât ale instituţiilor, cât şi ale maselor.

Vechile forme de organizare şi conducere socială bazate pe idealuri şi emoţii colective, pe principiile moralei datoriei şi a responsabilităţii, ale respectului şi ajutorului mutual vor ceda locul unor noi forme sociale şi altor principii morale.

Modul de viaţă în societatea modernă reclamă o organizare şi un control social riguroase, dar care nu mai pot fi conduse după vechile norme şi principii. Noile „modele" şi noile forme de „mentalitate" social-istorică vor crea sisteme de conducere de factură managerială, cu caracter programat-planificat şi specializat. Organizarea şi gestionarea societăţii se vor structura în raport cu „nevoile vieţii", cu „interesele", cu direcţiile de „strategie de dezvoltare" socială.

Elementul central în jurul căruia se organizează şi de care depind stabilitatea şi funcţionarea societăţii este „puterea". Aceasta tinde rapid să acapareze toate domeniile vieţii sociale (politică, economie, cultură, comunicaţii, informaţii, finanţe, sănătate, educaţie, învăţământ, comerţ etc.). În cele din urmă, întreaga societate, instituţiile şi grupurile umane vor depinde de ea. În această situaţie, se impune adoptarea unor „forme" speciale de „conducere" a societăţii. Noile „instrumente" de conducere a cetăţii vor fi reprezentate prin: mass-media, propagandă, dezinformare, publicitate sau reclamă, intoxicare etc. Toate acestea au drept scop manipularea maselor prin intermediul „informaţiilor", în vederea atingerii unor scopuri precise, anterior planificate. În aceste

condiții, „informația" poate deveni o veritabilă „armă psihologică" (V. Volkoff) de tipul „subversiunii" (R. Mucchielli).

Ceea ce se urmărește prin manipulare este obținerea unor comportamente dirijate, previzibile și controlate, care să asigure stabilitatea și evoluția statului și care să fie eficiente.

Deciziile puterii trebuie să fie în așa fel formulate, iar actele politice să fie plasate la locul și timpul potrivit, astfel încât „oamenii să adere la acestea ca și când ar fi propriile lor hotărâri și să se comporte în conformitate cu ele" (R.V. Joule și J.L. Beauvoist).

În aceste condiții, „opinia publică" va crește ca importanță în raport cu „opiniile personale". Gândirea colectivă, în măsura în care se mai poate numi „gândire", va domina gândirea individuală. Ea este ușor și imediat acceptată, întrucât nu implică un efort de elaborare, are un caracter neutru și nu angajează nici o răspundere din partea individului. În plus, îl pune la adăpost și îi oferă succes imediat.

Manipularea managerială presupune „administrarea" continuă a unui volum de informații, de regulă stereotip, creându-se „modele condiționate" de factură pavloviană, care vor fi preluate ca „modele de comportament" stabile. Această „constantă comportamentală" este rezultatul „efectului de îngheț" (T. Moriorty).

În sistemul complex de măsuri de „presiune socială" exercitată de putere prin intermediul „tehnicilor de manipulare" trebuie să vedem o formă de „dictatură mascată", în care nici persoana dictatorului și nici dictatura propriu-zisă nu sunt la „vedere". Ele sunt „mascate" de „formele sistemului de organizare politică" : republică, democrație, statul de drept, regimul parlamentar etc. Asistăm, în aceste condiții, la o „deplasare" a „formelor" și „instituțiilor" sociale în raport cu „modelele tradiționale", la o schimbare atât a lumii, cât și a oamenilor.

Puterea este transferată de la *persoana dictatorului* (arhetipul tatălui tiranic și dominant) la *grupul de interese* (arhetipul oligarhic), iar „presiunea dictatorială" devine „acțiune managerială". În locul „voinței" unice și absolute, intervine „sistemul de relații", de factură birocratică, al „rețelei de conducere", care va antrena o multiplă subordonare în lanț și, o dată cu ea, corupția celor ce gestionează sistemul.

Tot acest complicat sistem de organizare și funcționare socială va determina, cum spuneam, schimbarea oamenilor, a conduitelor și a mentalităților, a relațiilor interumane, cu efect asupra stării de sănătate mintală. În aceste condiții, igiena mintală devine principalul sistem de protecție (psihoprofilaxie), de intervenție (terapeutică) și de recuperare.

2. Semnificația și mecanismele manipulării

Datorită mass-media, reclamei și propagandei, oamenii nu mai gândesc nici critic (după un sistem sau reper de valori) și nici independent. Ei „aleg" și „utilizează" ceva ce „li se oferă" într-o formă elaborată standard, „de-a gata", și la care nu mai este nimic de adăugat. Masele „preiau" în mod „automat" și într-o manieră „nereflexivă" aceste „produse", pe care le utilizează fără a le judeca sau aprecia critic valoarea și utilitatea. Le iau și le utilizează pentru simplul motiv că le sunt oferite. Această „atitudine colectivă" are ca mecanism de condiționare persuasiunea reclamei : inducția colectivă prin sugestie. Dar această „inducție sugestivă" de masă este posibilă în condițiile unei scăderi a

nivelului de educație, care cultivă imaturizarea afectivă, deteriorarea nivelului de pregătire/instrucție culturală și, o dată cu acestea, mișcarea până la pierderea totală a spiritului critic.

Dependența de mass-media, de reclamă și propagandă, precum și dependența de calculator, Internet etc. devin rapid o „modalitate de gândire", adesea unică, de atitudini, de conduite colective, care vor sfârși prin a unifica indivizii. Se pierde identitatea personală, aceasta fiind înlocuită cu „modelele colective" impuse și dirijate. Dar din acest moment masele „dependente" de mass-media pot fi manipulate teoretic necondiționat. Mai mult chiar, masele solicită aceste „mode-model" ca pe ceva absolut necesar și firesc, ca suport al modului lor de a fi, de a exista. Totul devine „artificial", dominat de nefiresc.

Dispar creativitatea, originalitatea, iar în locul lor apare o nouă formă de pragmatism-utilitarism, reprezentată prin „conduitele de consum". Acestea sărăcesc atât intelectul, cât și afectivitatea persoanei, dar, în egală măsură, au un efect stimulativ asupra pulsiunilor primare.

Din punct de vedere psihologic și social, între „individ/grup" și „instituții/putere" se interpun ca formă de „comunicare", care, de fapt, maschează „manipularea", reclama, sloganurile, propaganda, diversiunile, discursurile demagogice, promisiunile fără acoperire etc. Ele sunt susținute de „obiectele de consum" de o mare varietate și abundență.

Persuasiunea, ca „repetare" invariabilă a „îndemnului/invitației" de a utiliza, de a alege, de a prefera „ceva" anume, dezvoltă, printr-un mecanism de condiționare, conduite reflexe, inițial condiționate prin asociație (stimul-răspuns) și ulterior devenite, prin „însușire repetată", forme de conduită automată, nereflexivă. În felul acesta, mecanismele psihologice ale manipulării prin persuasiune devin modele similare cu „reflexele condiționate" de factură experimental-pavloviană.

Interiorizarea „condiționării" ajunge cu timpul „obișnuită" și ulterior „necesitate", în sensul de dependență de stimul (manipulare). Între instituțiile sociale (grupurile de putere) și mase (grupurile de indivizi) se interpun „obiectele de consum". Viața se centrează și se reduce la nevoi și schimburi exclusiv economice, care vor delimita noul „stil de viață". Semnificația „obiectelor de consum" are o mare încărcătură simbolică, în sensul că de ele va depinde, aproape în exclusivitate, existența oamenilor. Este o „dependență materială", care îndepărtează masele de la „nevoile spirituale" (culturale, artistice, morale, religioase), viața devenind o „cursă pentru menținerea existenței". Nevoile spirituale vor fi deturnate către formele de descărcare pulsională a unei „civilizații a plăcerilor și distracției".

În aceste condiții, societatea va căpăta o nouă configurație. Dependența de „mijloacele de trai" reprezentate prin „obiectele de consum" va transforma viața într-o veritabilă „cursă de procurare" a mijloacelor de trai. Întreaga existență se va centra pe atingerea acestui scop. Apare o nouă „patologie colectivă", cea a „carențelor", dată pe de o parte de anxietatea a lipsurilor, pe de altă parte pe dificultatea de a avea acces la procurarea „mijloacelor de trai". Întreaga existență se concentrează asupra procurării „mijloacelor de trai". Accesul la „mijloacele de trai" va opera o separare socială a indivizilor în grupuri sau clase sociale de opulență, de trai decent și defavorizate sau sărace. Conflictele și carențele vor determina frustrări care vor duce la apariția unor manifestări nevrotice colective de factură protestatară, antisociale, a violenței sau a pasivității, a conduitelor de refugiu (alcool, droguri etc.). Concurența socială devine un „mod de viață". O formă

sublimată a competiției între indivizi și grupuri, în care toți sunt antrenați și de la care nu te poți sustrage. Competiția ajunge o modalitate de existență care suprasolicită capacitățile de adaptare a individului.

Concurența, înțeleasă ca o cursă a afirmării, impunerii și dobândirii unui statut și unui rol, alienează comunicarea și însingurează indivizii, prin reducerea orizontului acestora la sfera exclusivă a intereselor personale sau de grup, imediate și profitabile din punct de vedere material. Aceste „schimbări" de natură ale individului, dar și ale grupului social-uman vor dezvolta agresivitatea, fie directă, manifestată prin actele de violență antisocială, fie sublimativ-mascată prin formele de competiție statuate și acceptate din punct de vedere social-juridic.

Este absolut clar faptul că aceste aspecte mai sus menționate vor influența în mod direct și profund starea de sănătate mintală atât individuală, cât și colectivă. În sensul acesta, se impune adoptarea unor măsuri speciale de igienă mintală de tipul psihoprofilaxiei.

În mod egal, se impun măsuri de educație, în primul rând cultivarea unei atitudini selectiv-critice față de situațiile de viață. Înlocuirea „presiunilor mass-media" cu măsuri explicative care să promoveze originalitatea. O raționalizare a „nevoilor" din care să decurgă o „dietetică a pulsiunilor". Cultura intelectuală și morală. Deturnarea nevoilor către scopuri creative, personale.

Se va urmări cultivarea și dezvoltarea „simțului critic" în vederea formării capacității de discernământ între „util-valoros" și „inutil-nevaloros". Selectivitatea valorilor presupune independența spirituală, maturitatea emoțional-afectivă, o judecată matură, sănătoasă, obiectivă și originală.

Dependența de „obiectele de consum" se manifestă prin „cursa cumpărăturilor" ca manifestare pulsională de a intra în posesia acestora, în sensul de a le „interioriza". Existența se va concentra pe sentimentul de posesiune. Aceasta are ca semnificație „identificarea" cu obiectul reclamei. Altfel spus, nevoia de „a fi" sau de „a imita" „modelele" cărora li se face reclamă. De fapt, este vorba despre „modele dominante calitativ", care, prin repetiție propagandistică continuă și prin prezența lor din abundență, „închid" sau, mai exact spus, „acoperă/confiscă" viața indivizilor, a colectivităților umane. Din acest moment, „cursa procurării" este dată de dorința de „a avea", dar și de angoasa de „a nu ajunge în posesia obiectelor" valorizate prin reclamă.

Trebuie luat în discuție și un alt aspect al mijloacelor de manipulare colectivă. Acesta este reprezentat prin „pseudoanonimatul" surselor sau, mai exact, prin transferul de la „grupul de interese" la „prestigiul mărcii" sau al „firmei". Obiectul de consum are „indentitate" și „valoare", iar acestea sunt date de „firmă", mai precis de „faima/reputația" acesteia. În felul acesta, „obiectele de consum" devin simboluri personalizate.

Ceea ce se desprinde din cele de mai sus este faptul că, în societatea modernă, „factorul uman" tinde treptat să dispară, fiind înlocuit de „dictatura obiectelor", și, o dată cu aceasta, asistăm la înlocuirea „spiritului umanist", constituit și susținut de valorile cultural-spirituale, cu „spiritul utilitarist", construit și susținut de valorile civilizației materiale.

Toate aceste schimbări sociale vor duce, cum spuneam, și la o schimbare a oamenilor, a conduitelor și acțiunilor, a vieții afective, a relațiilor interumane etc. Concomitent, asistăm la apariția unor noi forme de „patologie psihosocială" ca tulburare a sănătății mintale colective.

3. Formele și efectele manipulării

În societatea modernă, „presiunea social-politică" a puterii nu se mai exercită asupra maselor în mod direct, într-o formă nudă, ci în mod „mascat", prin intermediul unui complicat sistem de „tehnici de manipulare", așa cum am arătat deja mai sus.

Intențiile și scopul tehnicilor de manipulare constau în acțiunea de captare a maselor de către putere, prin „oferte", „promisiuni", „acțiuni caritabile" sau „acțiuni profitabile", prin tentația unor „oferte avantajoase" (sisteme de asigurări, concursuri cu premii) etc. În aparență, toate acestea se adresează sau răspund unor „nevoi colective", cu caracter esențial, stringente. În plus, manipularea „oferă" maselor din partea puterii ceea ce acestea „așteaptă" în vederea satisfacerii unor nevoi.

Formele manipulării ca „tehnici social-politice" sunt reprezentate prin „informații", „obiecte" sau prin combinarea celor două sub formă de „situații" de viață socială (reforme, restructurări, modernizări etc.). În toate aceste cazuri însă, „manipularea" se desfășoară sub forma unor „scenarii" bine planificate și strict controlate de către organele puterii sau de către organizațiile interesate (economice, financiare, sociale etc.). Aceste „scenarii", de regulă tematice, se repetă în mod invariabil, realizând astfel o formă de persuasiune, prin mecanismele de „condiționare sistematică" de factură pavloviană a maselor. În urma acestor acțiuni repetate stereotip, masele sfârșesc prin a le adopta necondiționat, automat, devenind absolut dependente de „informații", „obiecte de consum", „situații sociale" etc.

În locul „modelelor valorice tradiționale" sunt întâi oferite, apoi impuse prin persuasiune și ulterior adoptate prin obișnuință „stereotipurile sociale", în care *valorile* sunt înlocuite cu *interesele*, iar „conduitele", ce ar trebui să aibă un caracter liber, independent și original, sunt reduse la „tranzacții" cu caracter formal, stereotip. Acestea vor reduce masele de indivizi la „grupuri omogenizate", lipsite de coeziune și ierarhie internă, cu forme de comportament și de acțiune uniform-automate, strict controlate și coordonate, absolut obediente, motivate pentru realizarea unor acțiuni dirijate prin manipulare de către grupurile de interese (politice, economice, financiare etc.).

Din perspectiva acestor acțiuni, rezultă că *sistemul de presiune socială* se dovedește a fi o formă nouă de „paideia a negativității" în plan social, o formă de „dresaj colectiv" al maselor, având ca efect direct importante schimbări în planul stării de sănătate mintală, atât individuală, cât și colectivă. Aceste schimbări vor duce la o treptată depersonalizare, la slăbirea identității Eului, alienarea și însingurarea persoanei, lipsă de comunicare, închidere în sine, robotizarea gândirii, regresiune afectivă, depresie și angoasă sau apatie cu indiferentism și inactivitate.

Pe acest „fond psihosocial" de disoluție a vechilor valori tradiționale morale, culturale, sociale și religioase, se va dezvolta o nouă formă de „patologie colectivă": nevroze și psihoze colective, acte antisociale, delincvență și criminalitate, alcoolism, consum de droguri, deviante sexuale etc. Asistăm la noi „forme de viață socială", diferite de cele tradiționale, care însă implică un efort considerabil de adaptare și de asimilare a unui „sistem de valori", fluctuante, instabile, ce nu mai pot constitui „criterii morale" stabile și solide nici pentru individ și nici pentru colectivitățile umane. Viața va căpăta un caracter profund material, dominată fiind de forme artificiale, aflate într-o permanentă

schimbare, „modele" înlocuind „modelele", o viață guvernată de „valorile materiale de consum". Siguranța și valoarea vieții, atât individuale, cât și colective, nu mai sunt date de „a fi", ci de „a avea". Valorile culturii spirituale sunt brutal și rapid detronate de valorile civilizației materiale (O. Spengler, P.P. Negulescu, A. Toffler). În locul „ideilor", al „valorilor morale-culturale-religioase", masele vor fi dominate, prin manipulare, de „tehnicile de persuasiune colectivă", de „valorile materiale ale obiectelor".

În aceste condiții, starea de sănătate mintală va suferi, așa cum spuneam mai sus, importante mutații, cu consecințe dintre cele mai diferite. Vom încerca să explicăm în continuare acest fapt.

Relațiile sociale bazate pe „acțiuni tranzacționale" se vor desfășura între „doi poli" care vor acapara comunicarea: relațiile și conduitele/acțiunile maselor. Acești „poli" sunt reprezentați prin „producător" și „consumator". *Producătorul* de bunuri (obiecte de consum material) are un caracter personalizat, o identitate precisă, pe care și-o construiește și consolidează prin „produsele" sale și care este reprezentată prin „firmă". Prin aceasta, el va avea permanent un statut social și un rol dominant asigurat, de care consumatorul va deveni dependent. *Consumatorul* de bunuri (obiectele de consum material care îi asigură existența) nu va avea niciodată un caracter personalizat, va rămâne anonim, fără identitate. Consumatorul reprezintă „piața de desfacere" a ceea ce produce „firma". Semnificația psihosocială a consumatorului va fi cea de „piață de utilizare" a produselor „firmei", el ajungând prin aceasta absolut dependent de consumul produselor firmei. Relația dintre „producător" și „consumator" sau dintre firmă și masele-piață va fi reprezentată printr-o formă particulară de comunicare/informație – „reclama". Reclama va concentra în ea virtuțile tehnicilor de manipulare prin persuasiune, condiționând prin aceasta dependența „consumatorului" de „producător". Este de la sine înțeles că în aceste condiții vor apărea „probleme" serioase de sănătate mintală, care fac obiectul igienei mintale.

4. Măsurile de igienă mintală

Reducerea vieții individuale și colective la „nevoile primare" va determina o stare de *dependență socială* a maselor, cu pierderea libertăților, deși formal libertatea nu este afectată. Aceasta, ca, de altfel, toate cele mai sus menționate, va produce alterări ale sănătății mintale. Întrucât evoluția istorică a societății nu poate fi modificată, acțiunea de igienă mintală care se impune privește diferite aspecte legate de schimbările sociale actuale. În primul rând, este absolut necesar ca *acțiunea de igienă mintală* să devină o „sarcină politică" a statului, integrată în *politica generală de protecție socială*.

Acțiuna de igienă mintală trebuie să înceapă cu o evaluare absolut corectă, exactă a situației prezente, avându-se în vedere tendințele de evoluție și dezvoltare ale societății respective. Se vor avea în vedere „schimbările", „nevoile" și „modalitățile probabile de răspuns" la aceste schimbări sociale din partea membrilor societății.

În raport cu aceste aspecte, va fi planificată acțiunea de igienă mintală. Ea va include „programe de educație" complexă (socială, profesională, morală etc.), vizând adaptarea la schimbările sociale. Se recomandă evitarea acțiunii factorilor morbigenetici, adaptarea flexibilă la „noutatea schimbărilor", păstrarea identității, a capacităților creatoare, a originalității etc. Depistarea precoce a factorilor de risc pentru starea de sănătate mintală

și anihilarea acestora. Măsuri psihoprotectoare. Participarea colectivităților umane la „acțiunile comunitare". Înțelegerea și acceptarea „factorilor de progres social" ca o necesitate, și nu ca un efort impus, cu efecte pozitive.

Orice societate umană are „tipul uman" care-i corespunde. El este modelat după „sistemul de valori" al modelului sociocultural respectiv. Dacă între „tipul uman" și „sistemul de valori" al societății există un acord, o concordanță reciprocă, avem o „societate sănătoasă", iar dacă între acestea există un dezacord, un conflict de valori, vom avea o „societate bolnavă". Rolul acțiunii de igienă mintală, în cadrul programului de protecție socială, este de a stabili un „acord" între comunitatea de indivizi și modelul sociocultural. Este prin urmare absolut necesar ca sistemul de valori să servească maselor, progresului și dezvoltării normale a acestora, și nu să reprezinte un obstacol, generator de conflicte și presiuni sociale.

Manipularea trebuie înlocuită cu „antrenarea" maselor, cu „cooperarea interesată" a acestora, pentru a se crea motivații și interese pozitive, un mod de comunicare liberă, originală și creatoare. Identitatea comunităților trebuie menținută și consolidată, întrucât de ea va depinde starea de sănătate mintală a populației. Toate acestea reprezintă condițiile unei dezvoltări, dar și ale unei adaptări optime a comunităților social-umane la schimbările sociale, necesare evitării unor tulburări ale sănătății mintale.

Capitolul 25

Universul informaţional şi igiena mintală

1. Semnificaţia informaţiei

Dezvoltarea ştiinţei şi a tehnologiei a revoluţionat profund viaţa individului şi a societăţii. A creat forme noi de comunicare, modele de gândire, forme de limbaj. Toate acestea sunt concentrate în „universul informaţional" care a devenit o parte componentă esenţială a lumii contemporane, antrenând numeroase şi profunde transformări ale stilului de viaţă colectivă.

Concentrarea formelor de comunicare, teoretic nelimitate ca posibilităţi tehnologice, dublată de „introducerea" acestora în casa şi viaţa fiecărui membru al cetăţii, a schimbat şi continuă să schimbe rapid şi profund lumea. Comunicarea prin intermediul tehnologiei computerului, concentrarea nelimitată ca volum a informaţiilor prin Internet şi oferta deschisă liber, ca acces individual la orice sursă de informare, au operat o serioasă „ruptură" faţă de modelul tradiţional al relaţiilor interumane. Mai mult chiar, se poate spune că ne „deplasăm" din universul realităţii în universul informaţional, care tinde, într-o manieră extrem de rapidă, să-şi subordoneze realitatea lumii şi, ulterior, să i se substituie.

Universul informaţional înseamnă subordonarea codificată a lumii, limbajului universal. O înlocuire, cum spuneam, a realităţii cu ceva similar. Realitatea simbolică, ce dispune de facilităţi operaţionale practic nelimitate. Prin aceste calităţi, ea va înlocui formele de comunicare directă tradiţionale. Din acest moment, într-un ritm rapid, individul va începe să „comunice" cu computerul, cu „banca de date" unde va căuta şi de unde va primi informaţiile de care are nevoie.

Intrarea în universul informaţional, facilă, tentantă şi practic nelimitată, atrage şi captează individul, ca o seducţie de care nu se mai poate desprinde. Dar, în acelaşi timp, toate aceste aspecte noi vor schimba profund profilul personalităţii indivizilor. Ele ne obligă deci să privim cu seriozitate „fenomenul informaţional". Nu se pune problema eliminării, a renunţării la acesta, dar se impune analiza sa, a efectelor sale asupra stării de sănătate mintală şi a măsurilor de igienă mintală care trebuie adoptate în scopul adaptării individului la „utilizarea informaţiei", precum şi la prevenirea stărilor de „dependenţă informaţională". Să analizăm în continuare, din punct de vedere psihologic şi medical, natura şi semnificaţia *informaţiei*.

O analiză a informaţiei ne pune în faţă câteva aspecte principale. Pe de o parte, natura şi semnificaţia acesteia, iar pe de altă parte, efectele sale asupra persoanei. Să urmărim aceste aspecte.

Calităţile informaţiei

Universul informaţional are ca scop o „stocare a realităţii" ; acesta absoarbe şi concentrează în el toate datele sau cunoştinţele din domeniile referitoare la realitate. O dată prelucrate *datele* ce reprezintă realitatea, ele vor reproduce, într-o formă codificată, *faptele* sau *lucrurile*, *ideile*, cunoştinţele concrete, convertindu-le în „informaţie" (despre sau referitor la), dar care, deşi reproduce realitatea, nu mai este realitatea lumii, ci realitatea virtuală ce se substituie lumii.

Rezultă de aici următoarele aspecte care definesc caracterul informaţiei, şi anume :

- informaţia este *impersonală* ;
- ea „vine" din „banca de date" şi este preluată direct, imediat, ca atare, fără a mai fi verificată ;
- informaţia are un caracter universal, codificat, întrucât nu este legată de o persoană anume ca sursă ;
- din acest motiv, ea se adresează în mod egal oricui, poate fi egal şi liber utilizată de oricine ;
- este lipsită de orice fel de conţinut emoţional-afectiv ;
- având un caracter impersonal, sub masca „universalităţii", ea va duce treptat la o înstrăinare emoţională şi cognitivă a individului de realitatea lumii şi în final de sine.

Efectele informaţiei

Este incontestabil faptul că universul informaţional a revoluţionat lumea, societatea, oamenii, stilul de viaţă, modul de gândire, sensibilitatea, conduitele, acţiunile etc. Dincolo de aspectele sale „negative" pentru sănătatea mintală, de care ne vom ocupa în continuare, trebuie să menţionăm aspectele sale „pozitive" şi să luptăm pentru promovarea lor.

Universul informaţional a fost gândit şi realizat cu scopul de a crea o „realitate liberă", o lume deschisă, fără limite, o lume în expansiune în cadrul căreia oricine să poată avea acces direct şi imediat la orice formă de cunoaştere, la rezolvarea oricărei probleme etc. Este un lucru extraordinar, dar lumea, societatea, indivizii trebuie pregătiţi pentru a putea să se adapteze şi să interiorizeze acest volum uriaş de „schimbări".

Modelul tradiţional se întemeiază pe arhetipuri şi scheme de gândire logică. *Modelul informaţional* se întemeiază pe un sistem codificat de informaţii. Am putea interpune între acestea *modelul matematic*, ce, prin intermediul calculului simbolic, face trecerea de la „logica umană" la „sistemul informaţional". Este, evident, un proces complex de transformare istorică ce interesează lumea, omul, sistemul de gândire şi comunicare.

Efectele negative ale universului informaţional asupra omului pot fi sintetizate în următoarele :

- scoate individul din lume şi-l introduce într-o realitate virtuală ;
- această „intrare în virtual" va duce la îngustarea orizontului personal şi, ulterior, prin repetiţie, la o stare de „dependenţă de calculator" ;
- dependenţa de calculator va conduce la o stare de izolare, de însingurare a individului, blocându-l emoţional-afectiv şi comunicaţional.

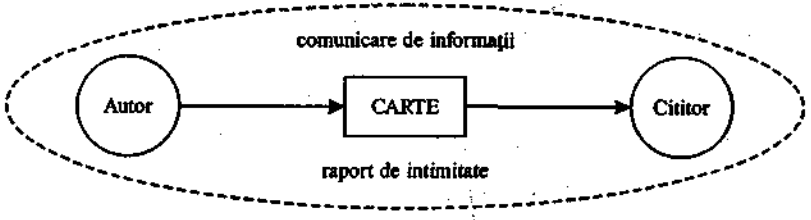
Toate aceste aspecte ridică serioase probleme pentru starea de sănătate mintală. Ele au un caracter de noutate absolută şi se impune o analiză atentă a lor, în vederea asigurării protecţiei (psihoprofilaxiei) individului, dar şi a adaptării sale la aceste forme de viaţă noi, pe care trebuie să le asimileze şi, în final, să şi le subordoneze, pentru a nu fi dependent de ele.

2. Raportul dintre informaţie şi persoană

Analiza raportului „informaţie-persoană" trebuie să vizeze, de fapt, raporturile dintre persoană şi modelul informaţional. Acest raport stabileşte relaţiile dintre „sursa de informaţie", „informaţie" şi „persoană". Ele sunt diferenţiate în funcţie de natura „modelului informaţional". În sensul acesta, ne găsim în faţa a două tipuri, complet diferite între ele, după cum se poate vedea mai jos.

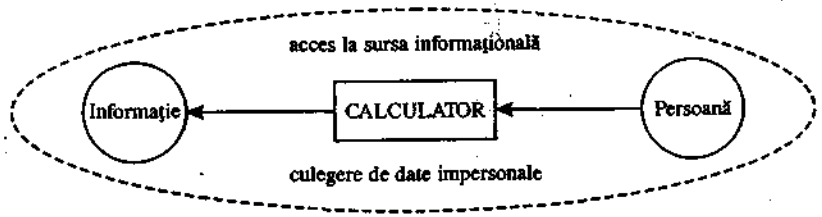
Modelul tradiţional

Acesta se caracterizează prin faptul că sursa de informaţie este personalizată, ca şi persoana căreia i se adresează, iar informaţia e specifică şi unică. În felul acesta, între „sursă" şi „persoană" se va stabili nu numai o comunicare, ci şi un raport de intimitate, reprezentat printr-o întâlnire simbolică personalizată, cum se poate vedea în schema de mai jos.



Modelul informaţional

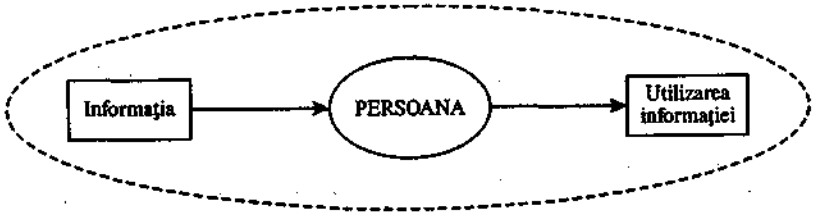
Acest tip de model se caracterizează prin faptul că sursa de informaţii este impersonală, nu personalizată, având un caracter de universalitate şi fiind anonimă. Individul căruia i se adresează sau, mai exact, care face apel la sursa de informaţii are însă o identitate precisă, este o persoană ce simte, gândeşte, se emoţionează în faţa lumii, are conştiinţă de sine, aspecte psihologice ce lipsesc sursei de informaţii cu care totuşi persoana trebuie să comunice. Comunicarea dintre „sursa de informaţii" şi „persoană" nu mai are un caracter de comunicare interpersonală, ci de „acces la banca de date". Acest acces este realizat nu printr-un sistem de comunicare, ci printr-un sistem tehnologic computerizat, care foloseşte un alt fel de „limbaj". În această situaţie vom avea de-a face cu un „acces la informaţii", şi nu cu o comunicare propriu-zisă, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos.



Se poate vedea din cele de mai sus diferenţa esenţială dintre cele două „modele", precum şi, implicit, efectul acestora asupra persoanei. Vom încerca, în continuare, să găsim un mod de a interpreta cele două „modele" în contextul raportului dintre „informaţie şi persoană".

Este de la sine înţeles faptul că cele două modele diferă fundamental, dar ce se află dincolo de aspectele formale ale diferenţelor dintre ele? Pentru a putea înţelege aceste aspecte, care totuşi le sunt comune, vom analiza „informaţia", „persoana" şi modul de „utilizare a informaţiei".

Informaţia presupune următoarele: volum de date; varietatea lor; complexitatea tematică; faptul de a fi mereu de actualitate; posibilitatea de a oferi acces permanent la această sursă. *Persoana* este caracterizată prin: nevoia de informaţie; dorinţa de a căuta şi de a şti, de a afla noutăţi; interesul pentru informaţii; capacitatea de absorbţie a datelor; capacitatea de prelucrare/utilizare a informaţiilor; dorinţa de a acumula permanent informaţii noi. *Modul de utilizare a informaţiilor* trebuie să aibă, din punct de vedere teoretic, un efect pozitiv pentru persoană. Din nefericire însă, el are adesea un efect negativ, creând, aşa cum spuneam, o stare de dependenţă de sursa de informaţie şi de calculator, o subordonare mintală, afectivă şi comunicaţională, care poate duce la un veritabil „transfer nevrotic" al persoanei prin „intrarea" în „universul virtual" al informaţiei. În acest caz, avem de-a face cu o situaţie nouă, de o accentuată gravitate pentru starea de sănătate mintală, stare pe care am numit-o „nevroza informaţională". Acest „accident" cu consecinţe grave depinde de modalitatea de utilizare a informaţiilor de către persoană, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos:



Ne vom ocupa în cele ce urmează de utilizarea negativă a informaţiei. Aceasta va duce la următoarele situaţii cu efect morbigenetic asupra sănătăţii mintale a persoanei: o stare de dependenţă de calculator şi de sursa de informaţii; o atitudine pasivă a persoanei; scăderea performanţelor intelectuale, a facultăţii de sinteză şi creativitate; pierderea iniţiativei; o stare de epuizare afectiv-cognitivă; îngustarea orizontului cu ieşirea din lumea reală şi intrarea în universul virtual informaţional.

3. Nevroza informaţională

Orice informaţie introduce persoana într-un orizont de cunoaştere nou, care fie se adaugă, fie se suprapune peste universul său sufletesc interior, contribuind la acumularea unei experienţe personale de viaţă. Informaţiile sunt căutate sau vin întâmplător, sunt învăţate printr-un sistem de formare/instruire dirijat, sunt acceptate sau refuzate de persoană etc. În orice situaţie însă, ele „adaugă" ceva la experienţa de viaţă a individului respectiv. Acesta este cazul „modelului tradiţional".

În cazul „modelului informaţional computerizat", lucrurile se vor schimba fundamental. Apelul la o „sursă impersonală" va avea ca efect modificarea comunicării, cu consecinţe imediate asupra modului de „utilizare a informaţiilor" şi, ceea ce este cu mult mai grav, cu consecinţe tardive severe şi adesea ireversibile pentru starea de sănătate mintală. Este cazul „nevrozei informaţionale".

De la început trebuie să precizăm că ne aflăm în faţa unei situaţii noi, absolut speciale. *Nevroza informaţională* nu trebuie considerată din aceeaşi categorie ca „nevroza-boală" din clasificarea nosologică clinico-psihiatrică. Ea este efectul contactului prelungit dintre *persoană* şi *calculator*, cu efecte nocive asupra celei dintâi.

Se impune o precizare. Trebuie făcută diferenţa dintre nevroza informaţională şi efectele „manipulării prin mass-media". Deşi în ambele situaţii se ajunge la „starea de dependenţă", mecanismele de producere sunt diferite, ca, de altfel, şi „intenţiile" urmărite. Mecanismul de acţiune în cazul tehnicilor de manipulare este inducţia sugestivă, de regulă, sugestia colectivă, urmărind obţinerea unor conduite dirijate condiţionat, cu caracter submisiv, scopuri bine determinate. În cazul nevrozei informaţionale, efectul se exercită direct asupra persoanei, prin intermediul calculatorului. În cazul tehnicilor de manipulare, are o mare importanţă faptul că ac[illegible] sunt „personalizate", asupra masei de indivizi neacţionându-se, de regulă, din „anon[illegible]at", ci oferindu-se „modele umane" accesibile şi credibile care pot fi cu uşurinţă sau chiar imediat acceptate şi imitate. În cazul nevrozei informaţionale, personalizarea dispare, iar rezultatul „dependenţei de calculator" este „individul robotizat" prin actul de impersonalizare sau, mai exact, de *depersonalizare*, produs de *impersonalizarea* informaţiei.

Nevroza informaţională prezintă un mare polimorfism de factori caracteristici, printre care:

- comunicarea exclusivă cu calculatorul duce la o îngustare până la pierderea capacităţii de comunicare personalizată şi utilizarea unui alt limbaj decât cel informatizat;
- se produce o concentrare pe „detalii", neglijându-se „ansamblul";
- înstrăinarea de ceilalţi indivizi, care treptat îşi pierd calitatea de a mai fi interlocutori;
- restrângerea comunicării interpersonale conduce la izolare, obligând persoana să comunice numai cu calculatorul;
- dependenţa de informaţie duce la o nevoie continuă, crescută de a comunica cu calculatorul;
- contactul permanent, prelungit cu calculatorul face ca persoana să „iasă" din real şi să „intre" în virtual, cu consecinţe negative;
- se produce o înstrăinare de lume, cu izolare şi însingurare, în care individul se goleşte, având nevoia de a se alimenta interior cu noi şi repetate informaţii;

- toate acestea duc la pierderea treptată a iniţiativei, a aptitudinii de a gândi independent şi liber;
- gândirea originală şi creatoare va fi înlocuită cu „strategiile de programare" sau cu un tip de „gândire automată";
- treptat, se va produce o pierdere a identităţii proprii, o alterare a Eului personal, persoana devenind un „tip robotizat" care va fi, prin starea de dependenţă, o „anexă umană" a calculatorului.

Având în vedere cele de mai sus, *nevroza informaţională* trebuie înţeleasă ca un proces de depersonalizare prin desprinderea de realitatea lumii şi intrarea în realitatea virtuală a universului informaţional. Această „trăire în virtual" va duce la o dezadaptare treptată de realitatea lumii posibile, va anula comunicarea interpersonală, schimbul de idei, va produce o stare de inafectivitate prin absenţa relaţiilor emoţionale, un comportament bizar, retras, interiorizat, de factură pseudoautistă. Universul sufletesc interior se goleşte, fiind înlocuit cu aportul de informaţii, determinat de dependenţa de calculator.

Se poate afirma deci că ne găsim în faţa unor situaţii absolut noi, de factură patogenetică, privind starea de sănătate mintală. Putem sau nu considera *nevroza informaţională* o boală? Este încă destul de greu de răspuns. În orice caz, ea reprezintă o „alterare" a stării de „normalitate psihică", fiind prin aceasta o problemă de sănătate mintală contingentă sferei de acţiune a igienei mintale.

Revenind la *nevroza informaţională*, trebuie să recunoaştem că aceasta prezintă un mare polimorfism al manifestărilor. O analiză mai atentă ne pune însă în faţă două „forme" sau „situaţii" principale care se conturează în sfera de manifestări ale nevrozei informaţionale. Ambele ţin de raportul dintre persoană şi calculator şi, în final, de absorbţia „informaţiei" de către persoană. Aceşti *factori* sunt reprezentaţi prin „dependenţă" şi prin „suprasaturare". Din această perspectivă, se vor profila două *forme clinice* ale *nevrozei informaţionale*, după cum vom arăta în continuare.

Nevroza de dependenţă

Este tipul de nevroză informaţională ce apare ca urmare a „dependenţei" persoanei de informaţii şi de activitatea de comunicare cu calculatorul. Aceasta are caracterul unei înstrăinări de lume, al unei intrări în virtual, al unei trăiri „pseudoautiste".

Nevroza de suprasaturare

Aceasta reprezintă tipul de nevroză informaţională ce apare ca urmare a suprasolicitării îndelungate a capacităţilor psihice de acumulare de informaţii, de asimilare şi prelucrare a lor. Ea are caracterul unei epuizări intelectuale şi perceptive, cu apariţia unor manifestări de factură depresivă, fenomene de oboseală sau epuizare etc.

Având în vedere aspectele mai sus menţionate, se impune adoptarea unor măsuri energice, adecvate, de prevenire şi combatere a efectelor negative ale informaţiei, reprezentate prin nevroza informaţională. Sau, cum spuneam, devine necesară adoptarea unor măsuri de igienă mintală.

4. Măsuri de igienă mintală

Trăim deja într-un univers informaţional care cuprinde toate domeniile vieţii sociale şi individuale, toate domeniile de activitate. Un univers din care nu mai putem ieşi. Un univers care a contribuit într-o măsură considerabilă la evoluţia vieţii colective şi individuale. Nu ne putem izola de acest univers. Nu-l putem nici suprima şi nici înlocui cu altceva. Trebuie să ne „aliem" cu „factorii de progres", ca să putem nu numai supravieţui, ci şi beneficia de şi, în final, domina universul informaţional. Igiena mintală are un rol esenţial în această privinţă.

Putem supravieţui avalanşei de „factori morbigenetici" produşi de universul informaţional? Da, mai ales că, în decursul istoriei sale, omul s-a mai confruntat şi cu alte situaţii de factură similară. Ce trebuie făcut?

Măsurile de igienă mintală care se impun în cazul adaptării la universul informaţional pot fi cele ce urmează:

- învăţarea utilizării corecte a computerului;
- utilizarea acelor categorii de informaţii care sunt utile şi prezintă interes, evitând supraîncărcarea cu date inutile;
- utilizarea raţională a computerului, evitarea expunerii prelungite;
- evitarea oboselii, a dependenţei de calculator;
- utilizarea informaţiilor în scop creator, prin prelucrarea lor ulterioară de către gândirea proprie, cu spirit critic;
- alternarea activităţii la calculator cu lecturi, perioade de odihnă, distracţii etc.;
- comentarea, comunicarea datelor cu alte persoane;
- evitarea izolării, a însingurării, a tentaţiei „virtualului".

Respectarea acestor reguli le poate aduce beneficii importante celor care lucrează la calculator, evitându-se, în acelaşi timp, apariţia stărilor de *nevroză informaţională*. În cazurile grave se impune însă sistarea oricărei activităţi la calculator, odihna şi, dacă este cazul, se va apela la un consult medical de specialitate.

Capitolul 26

Mass-media şi sănătatea mintală

1. Cadrul general al problemei

Printre multiplele „mutaţii" survenite atât în viaţa individului, cât şi a Cetăţii moderne se înscriu şi influenţa *mass-mediei* şi, implicit, vehiculate de acestea, efectele „informaţiei". Se poate afirma fără exagerare că mass-media reprezintă astăzi atmosfera dominantă a Cetăţii, domeniul la care se face cel mai des referinţă, care este luat în serios şi care „manipulează" într-o măsură considerabilă întreaga viaţă a Cetăţii.

Vechile „forme" şi „imagini" din care erau construite structurile-cadru ale societăţii, supuse uzurii, dispar rapid, fiind înlocuite cu altele noi, de o factură neobişnuită. Acest proces este prezent în toate domeniile vieţii sociale şi exercită o „presiune" continuă asupra maselor şi instituţiilor sociale, de la care acestea nu se pot sustrage, deşi profită de pe urma acţiunii lor de „propagandă/reclamă".

În societatea modernă totul se concentrează în „procesul de comunicare" ce, indiferent de formă şi conţinut, este în mod automat şi ireflexiv acceptat, fără a fi supus nici unui fel de critică. Comunităţile umane şi indivizii gândesc din ce în ce mai simplu, mai puţin sau nu mai gândesc deloc, preluând în mod automat „idei", „opinii", „ştiri", „informaţii", „comentarii", „anunţuri" etc. gata elaborate. Nu se mai caută soluţii întrucât ele sunt „gata oferite" în orice domeniu, oricând şi la îndemâna oricui. Nu se mai fac nici un fel de alegeri întrucât totul este oferit de reclame.

Acest asalt al mass-mediei creează o veritabilă „atmosferă informaţională" în care, din punct de vedere formal, totul este pus în serviciul societăţii şi la îndemâna oricui. Aparent, se anulează efortul de *a gândi* şi de *a alege*. Pe scurt, „se câştigă timp".

De fapt, mass-media, care invadează toate domeniile Cetăţii, exercită într-o formă mascată o „dictatură a dependenţei" social-umane de aceasta. Ea reuşeşte să producă un efect negativ asupra sănătăţii mintale colective, şi anume deplasarea centrului de interese valorice de la formele tradiţionale de învăţământ şi educaţie la imitarea şi adoptarea automată, necondiţionată şi lipsită de critică a unor „modele de moment" care, de fapt, urmăresc promovarea unor interese.

Este de la sine înţeles faptul că efectul mass-mediei asupra comunităţii social-umane, pornit cu cele mai bune intenţii de „informare corectă" şi de „formare a unor opinii" cu rol instructiv-educativ în Cetate, a fost compromis de „produsele sub-culturale" sau cele de „scandal" ale unor publicaţii de presă sau emisiuni TV care cultivă vulgaritatea, violenţa etc. Toate acestea au efecte nocive asupra stării de sănătate mintală, interesând în mod deosebit obiectul igienei mintale, motiv pentru care ne vom opri asupra lor.

2. Mijloacele „informaţional-formative" ale mass-mediei

Universul mass-mediei este cel mai important deţinător şi distribuitor al surselor de informaţii. El este reprezentat prin presă (ziare, reviste, periodice etc.), prin posturile TV şi radio, prin filme etc. Larga lor răspândire le face să fie uşor şi imediat accesibile pentru fiecare cetăţean. La mijloacele „mass-media" menţionate mai sus trebuie adăugate „reclamele" şi „panourile publicitare".

Toate acestea sfârşesc prin a schimba configuraţia peisajului Cetăţii, înlocuind-o cu un „decor imagistic" strident şi agresiv, care „asaltează" privirea şi auzul, invită, solicită, îndeamnă şi încurajează până la obligativitate comunitatea social-umană să-şi concentreze atenţia asupra acestei multitudini de aspecte informaţionale extrem de variate, care „sunt oferite" cu insistenţă, prin repetare stereotipă, oamenilor.

Efectul asupra stării de sănătate mintală a mass-mediei şi asupra „decorului urbanistic" al reclamelor este imediat. Acesta, schimbând aspectul, configuraţia Cetăţii, decorul acesteia, prin varietatea contrastantă a conţinuturilor şi mesajelor sale, oboseşte, suprasolicită atenţia prin repetiţie insistentă, epuizează sensibilitatea şi, de la prima impresie a „curiozităţii", se va ajunge rapid la un sentiment de dependenţă prin suprasaturaţie care, în final, reclamă nevoia de „refugiu", de „ieşire" din decorul publicitar şi cel al reclamelor.

Un alt aspect haotic, obositor şi epuizant pentru starea de sănătate mintală este reprezentat de „amestecul publicitar" cu caracter de incoerenţă, care are ca efect impresia de „dizolvare" şi „derealizare" a individului, ce pare că se „pierde" în acest „univers formal".

Funcţia declarată a mass-mediei este de *a informa*. Semnificaţia acestora şi scopul pe care şi-l propun şi, din nefericire, reuşesc să-l realizeze este „efectul de manipulare" a maselor şi instituţiilor Cetăţii. Vom încerca să analizăm acest aspect în continuare.

3. Manipularea prin mass-media şi sănătatea mintală

Rolul mass-mediei este transmiterea informaţiilor. Acestea, pe lângă funcţiile informative, au şi rolul de a promova anumite „modele" care, prin repetare continuă, cu caracter persuasiv, devin „exemplare/de referinţă", fiind acceptate, iar în final vor fi „imitate" şi „interiorizate". Efectul acestei funcţii de „modelare a indivizilor" se extinde asupra sferei psihosociale, sfârşind prin a impune anumite „modele-tip" cu caracter stereotip.

Realizarea unor asemenea „tipuri umane", prin intermediul mass-mediei, cu caracter incontestabil artificial, priveşte în primul rând „imaginea de sine", care este intens cultivată şi scoasă în evidenţă, punându-se în mod special accentul pe aspectele pur sau chiar exclusiv formale, în detrimentul conţinutului.

Mecanismele psihologice care intră în acţiune sunt reprezentate prin mijloacele de propagandă ale mass-mediei: imitaţia, sugestia, repetiţia, exemplaritatea, moda. Rezultatele obţinute prin slăbirea eului personal, precum şi depersonalizarea treptat-graduală a individului determină la acesta un model de comportament impersonal, imitativ, inautentic, adesea poate chiar inadecvat situaţiilor, reacţii colective de factură nevrotic-histeroidă, mai ales în condiţiile oferite de „megafestivalurile" de muzică modernă, precum şi prin imitarea prin inducţie sugestivă a „megastarurilor". În aceste

situaţii putem spune că manipularea şi-a atins scopul. Individul nu-şi mai aparţine, nu mai are iniţiativă, îşi pierde identitatea, devenind un simplu „fan".

Cel mai grav lucru pentru sănătatea mintală îl constituie slăbirea eului personal, care poate merge până la pierderea totală a identităţii. Individul, aşa cum am spus deja, devine din persoană un simplu fan, care se identifică prin afiliere la un grup şi la modelul comportamental în centrul căruia se află un „tip" reprezentând „modelul" admirat şi imitat.

Pierzându-şi semnificaţia pe care i-o dă „identitatea de sine", individul va fi mult mai uşor de manipulat. Factorii valorilor culturale, morale sau religioase, începând să mai acţioneze în sens formativ, vor transforma indivizii, prin stimularea/eliberarea pulsiunilor primare, în „sălbaticii civilizaţiei", produşi ai unei „sub-culturi" elaborate de mijloacele mass-media.

Asistăm, în felul acesta, la un proces grav de deturnare a gândirii, a emoţiilor, a conduitelor şi acţiunilor, a comunicării şi limbajului, a aspectului fizic şi vestimentar către formele de expresie a unor „imagini de sine" inautentice, care sunt rezultatul, aşa cum am spus deja, al unei „sub-culturi" de eliberare dirijată a pulsiunilor şi apetenţelor primare, sub masca libertăţii şi a originalităţii unui stil de „a fi nonconformist". Este absolut evident faptul că ne aflăm în faţa unei comunităţi social-umane în plină „criză" de *nevroză colectivă*. Refuzul exprimat prin nonconformism nu este un „protest", ci expresia unei „dezadaptări" valorice sociale şi spirituale. O stare de „inadaptare" a unei lumi care şi-a pierdut valorile, propria identitate, care a fost golită sufleteşte şi care, refuzând lumea în care nu se mai poate adapta, îşi caută firescul pierdut. Viaţa devine nesigură şi inautentică. Pierzându-şi identitatea, omul însingurat renunţă la idealuri şi, odată cu aceasta, la împlinirea propriului său destin. Totul devine indiferent şi gol.

Este de la sine înţeles faptul că ne găsim în faţa unor forme anormale de afectare colectivă a stării de sănătate mintală a Cetăţii. Noile mijloace mass-media şi explozia informativă, adesea haotică şi scăpată de sub control, devin factori majori de risc pentru echilibrul Cetăţii şi sănătatea mintală colectivă.

Apar schimbări importante, precum reducerea capacităţii de a gândi liber, independent, într-o manieră personală. Sensibilitatea şi gusturile sunt conforme cu modelele oferite. Dizolvarea şi/sau confuzia identităţii duce în mod rapid la uniformizarea oamenilor, iar degradarea vieţii interioare duce la anularea intimităţii. Totul devine comportament public. Sunt exacerbate pulsiunile primare şi este stimulată „descărcarea colectivă" a acestora. Manifestările „reactive" de protest ale maselor sunt deturnate sub forma unor „descărcări colective" bine dirijate, pe stadioanele unde au loc meciuri de fotbal sau de box, la megafestivalurile de muzică etc.

4. Măsuri de igienă mintală

Faţă de aspectele mai sus discutate, se impune cu necesitate instituirea unor măsuri serioase şi imediate de igienă mintală, atât în plan individul, cât şi în plan colectiv.

Nu dorim însă ca, prin propunerile pe care le avansăm, să dăm impresia de rigiditate şi lipsă de înţelegere pentru evoluţia evenimentelor istorice. Cetatea şi comunitatea de indivizi care o compun trăiesc şi se manifestă în conformitate cu modelele care le sunt proprii, care le reprezintă şi le sunt specifice. Fiecare *etapă istorică*, fiecare *generaţie* are caracteristicile sale, m ul său de a gândi, de a comunica, de comportament,

idealurile sale şi un destin propriu. Nu se pune problema „să schimbăm lumea". Igiena mintală şi, implicit, formele conexe ale acesteia, „igiena socială" şi „igiena morală", urmăresc să amelioreze situaţiile de „criză psihosocială", viaţa în Cetate, să faciliteze adaptarea membrilor societăţii la condiţiile social-istorice de viaţă.

Nu trebuie să vedem în „progresul social-istoric" un factor perturbator, de factură morbigenetică, pentru starea de sănătate mintală individuală sau colectivă. El poate fi nociv pentru societăţile care nu sunt pregătite să-l primească, care nu se pot adapta, din aceste motive, la „schimbare". În egală măsură, nici o societate umană nu se poate izola, nu poate rămâne cantonată în „tradiţionalism". Ea evoluează împreună cu celelalte societăţi. Dar pentru a putea preveni acest veritabil şi serios „şoc al viitorului" (A. Toeffler) este absolut necesar ca Cetatea şi cetăţenii acesteia să fie pregătiţi. Se impun, prin urmare, o educaţie şi o instrucţie speciale, preliminare, formarea generaţiilor în sensul acceptării noului, dar în egală măsură şi cultivarea tradiţiilor valorice fundamentale care definesc spiritual, sufleteşte şi moral identitatea grupului social-uman respectiv. Trebuie avut în vedere faptul că înnoirea nu înseamnă desprinderea de trecut, ci adăugarea noului la valorile trecutului ; nu schimbare, ci dezvoltare prin îmbogăţire.

Cel mai sensibil sector în aceste situaţii de „criză" este reprezentat de sănătatea mintală. Necesitatea ocrotirii şi cultivării acesteia sunt esenţiale şi se impun ca „politică prioritară" a Cetăţii.

Dincolo de măsurile de ordin pur medico-psihosocial, se impun însă şi măsuri de securitate socială, reprezentate de controlul şi interdicţia riguroasă (considerate negative pentru starea de spirit a Cetăţii şi sănătatea mintală colectivă şi individuală) a mass-mediei care propagă vulgaritatea, obscenitatea, discriminările rasiale şi violenţa sub toate formele sale.

Capitolul 27

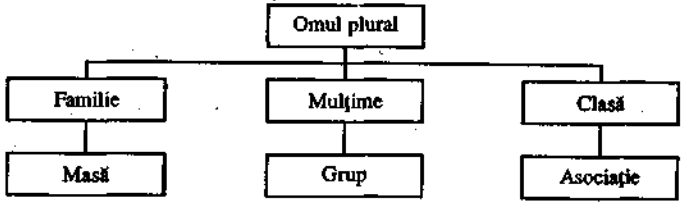
Psihoigiena grupurilor sociale (I)

1. Grupurile umane

Viaţa în grup se întâlneşte în formele cele mai variate la un mare număr de fiinţe. R. Battegay defineşte grupul ca fiind „un produs social superior organizat, alcătuit dintr-un număr de regulă restrâns de indivizi care întreţin relaţii mutuale. Specifice grupului sunt interacţiunea membrilor săi şi legăturile lor afective şi intelectuale".

R. Battegay afirmă că *masa*, spre deosebire de *grup*, este „un conglomerat slab organizat, format dintr-un număr mare, nedeterminat, de indivizi, uniţi exclusiv prin perceperea unui obiect extrinsec", lipsindu-le legăturile afective şi intelectuale.

P.R. Hofstätter vorbeşte de „omul plural", cu o structură comportamentală din care derivă grupurile umane : *familie*, *mulţime*, *clasă*, *idee*, structură redată în schema de mai jos.



J. Szczepánski deosebeşte mai multe forme de comunităţi umane :

a) *colectivităţile teritoriale*, legate de aşezare : nomade, sezoniere, semistabile, specializate (agricultori, pescari, vânători, crescători de animale), cetăţi, oraşe etc. ;
b) *clasele sociale*, reprezentând colectivităţi umane ale macrostructurilor, care cuprind : categorii de indivizi (statistic), pături sociale (straturi), clase sociale ; acestea sunt constituite după următoarele criterii : tradiţie, coeziuni, interese, economie, nivel de aspiraţii, profesiune, grad de cultură, venit social, mijloace de producţie, nivel de autoritate, poziţie sau rang social ;
c) *colectivităţile culturale* sau grupurile etnice : uniuni familiale sau ginţi (prin înrudire), clanuri (totemice), triburi (modelul cultural), popor (modelul sociocultural), naţiune (instituţia statală şi politică) ;

d) *colectivităţile comportamentale* bazate pe conştiinţa colectivă, psihismul colectiv, modelele de comportament colectiv, în care intră:
   - *reunirea ocazională*, reprezentând adunarea trecătoare de persoane preocupate de un eveniment întâmplător;
   - *mulţimea* – agresivă, panicată, prădalnică, demonstrativă;
   - *publicul*, reprezentând concentrarea unui număr de persoane animate de aşteptări asemănătoare, de trăiri în faţa anumitor stimulenţi sau preocupate de acelaşi obiect;
e) comunităţile sau *grupele sociometrice*, constituite după afinităţile relaţiilor interpersonale, conform teoriei lui J.L. Moreno.

J. Szczepánski consideră comunitatea umană ca fiind reprezentată prin colectivităţile sociale, care au caracteristici şi funcţii specifice (psihologice, sociale, culturale, moral-religioase, demografice etc.). Pentru autorul citat, „grupul social este dat de un anumit număr de persoane legate printr-un sistem de relaţii reglementate de către instituţii, care posedă anumite valori comune şi care se deosebesc de alte colectivităţi printr-un fel de a fi total diferit" (J. Szczepánski).

În această categorie, J. Szczepánski include următoarele tipuri: grupurile sociale, categoriile sociale, grupul statistic, cuplul sau dubletul de persoane, cercurile sociale, comunitatea sau societatea.

Pe lângă acestea, mai există procesele sociale, care reprezintă o serie de fenomene legate între ele şi care produc un anumit efect. Ele se manifestă în cadrul comunităţilor social-umane în două feluri:

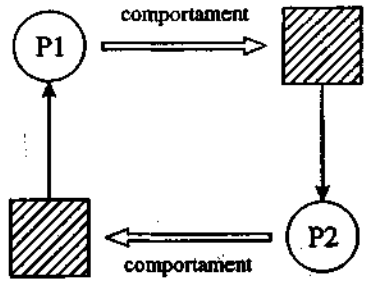
a) *procese de apropiere*, care leagă oamenii între ei: adoptare, egalizare, unire;
b) *procese de îndepărtare*, care îi despart pe oameni: concurenţă, opoziţie, conflict.

Fenomenul care stă la baza vieţii în grup este „interatracţia", reprezentând tendinţa de apropiere a indivizilor între ei (P. Sivadon). Aceasta se manifestă în vederea realizării unor scopuri, şi anume:

- creşterea activităţii;
- schimbul reciproc de stimuli emoţionali;
- apetenţele sexuale;
- apărarea comună;
- ocuparea unui teritoriu comun;
- comportamentele comune, uniforme;
- creşterea copiilor;
- procurarea şi producerea hranei în comun.

Pentru J. Delay şi P. Pichot, grupul uman are următoarele caracteristici:

a) *interacţiunea*: trebuie să existe o interacţiune între membrii ansamblului – comportamentele lor trebuie să se influenţeze reciproc, acţiunea unuia servind drept stimul pentru comportamentul altuia, iar răspunsul acestuia slujind la declanşarea/ stimularea comportamentului primului etc.;
b) *structura*: dacă interacţiunile se situează în interiorul unei structuri definite, al unui cadru social stabil şi organizat (familie etc.), se vorbeşte despre „situaţia de grup".



„Situaţia colectivă" caracterizată prin reunirea persoanelor prin comportamente

În ceea ce priveşte tipologia grupurilor, acestea pot fi:

a) *grupul primar* – după Cooley, acesta este reprezentat prin familie, grupurile de joc, vecinii apropiaţi, presupunând relaţii personale suple şi nefamiliale. Homans consideră că grupul primar este alcătuit dintr-un anumit număr de persoane care comunică între ele, adesea pe un termen lung; este foarte puţin numeros, pentru ca fiecare să poată comunica cu ceilalţi în mod direct, „faţă-n faţă";
b) *grupul secundar* este mult mai numeros şi în cadrul acestuia relaţiile nu mai sunt directe, „faţă-n faţă" – personalul uzinelor, locuitorii unei ţări etc.

Un rol la fel de important în ceea ce priveşte starea de sănătate mintală a grupurilor social-umane îl au mecanismele de acţiune a grupurilor asupra indivizilor care intră în componenţa acestora. În sensul acesta, influenţi sunt următorii factori:

a) *imitaţia*: subiectul imită conduitele membrilor grupului căruia îi aparţine şi această imitaţie constă în următoarele: învăţarea comportamentelor specifice, existenţa unor reacţii identice în situaţii identice;
b) *sugestia* este tendinţa de a repeta o reacţie aşa cum a fost ea văzută într-o situaţie analoagă, de a continua să faci ceea ce ai început (sugestie ideomotorie), tendinţa de a crede sau de a face ceva conform motivelor sociale (sugestia de prestigiu);
c) *facilitarea socială*: indivizii unui grup tind să realizeze o anumită sarcină cu rezultate maxime, în raport cu sistemul de valori socioculturale căruia îi aparţin;
d) *conformismul* este consecinţa situaţiei de grup; apartenenţa la grup obligă la acceptarea normelor sociale; în acest caz, conformismul este rezultatul a patru factori:
   - sugestia de prestigiu;
   - individul nu cunoaşte alte cutume decât cele al grupului căruia îi aparţine;
   - individul care nu se conformează practicilor obişnuite ale grupului este eliminat de la reţeaua de drepturi şi datorii reciproce a grupului;
   - transgresiunea este pedepsită.

Antropologia culturală are un aport considerabil la înţelegerea dinamicii grupurilor sociale, demonstrând relaţia strânsă care există între sistemul de valori ale modelului sociocultural, personalitate şi sănătatea mintală (A. Kardiner, M. Dufrenne, R. Benedict, R. Linton, M. Mead, B. Malinowski).

2. Spațiul comunitar-uman

Spațiul comunitar-uman este reprezentat prin mediul teritorial, cu amenajările sale speciale, care este locuit de comunitățile social-umane. Acest spațiu este organizat în conformitate cu nevoile, aspirațiile și comportamentele specifice comunității respective, dar și cu condițiile oferite de teritoriu: relief, climă, ape, rezerve naturale.

Forma cea mai caracteristică de spațiu comunitar uman este *orașul*. Un oraș este un sistem complex de ansambluri de constituții diferite: elemente naturale, elemente materiale, elemente umane. Elementele naturale sunt reprezentate prin datele geografice relativ fixe: relief, sol și subsol, climă, ape. Echipamentele materiale sunt fabricate sau construite de om și constau în: infrastructură – rețele diverse; suprastructură – clădiri și instalații destinate locuitului (cartiere de locuințe), muncii (întreprinderi, uzine, ateliere, birouri, magazine comerciale); servicii publice sau particulare (școli, spitale, servicii sociale, teatre). Elementele umane sunt reprezentate prin populație, care are un caracter esențialmente mobil.

Satul este spațiul sociocomunitar uman de grup restrâns, bazat pe tradiții, pe conduite culturale specifice, pe un anumit gen de activitate (agricultură, păstorit, pescuit, activități mixte). Este o comunitate stabilă și relativ închisă, cultivând tradiții, cutume și conduite specifice. Are un caracter originar gentilic sau tribal.

Exemplele de mai sus sunt importante pentru înțelegerea aspectelor legate de starea de sănătate mintală și boală psihică în raport cu spațiul comunitar-uman.

În ceea ce privește igiena mintală și patologia psihosocială a orașului, citățm două puncte diferite de vedere:

a) orașele există pentru a oferi unei populații date cele mai bune condiții de trai;
b) orașele există pentru a asigura anumite funcții sociale, politice, culturale etc., ele utilizând în acest scop o populație care este destinată executării acestora.

Pentru înțelegerea patologiei sociale și psihice a orașului, trebuie să se țină seama de două perspective:

- un diagnostic global trebuie să aibă în vedere starea fizică a orașului, pentru că aceasta influențează populația;
- multiplele activități ale orașului, care modifică la rândul lor orașul.

Se desprind de aici două elemente patogenetice: *creșterea excesivă a orașelor* (suprafețe întinse, aglomerare urbană, poluare, zgomot, urbanizarea mediului natural, aspect haotic) și *creșterea excesivă a populației* (aglomerare umană, imigrație, populație fluctuantă, amestecul de populații etc.).

În cazul patologiei orașelor, diagnosticul are totdeauna un caracter subiectiv. Se poate totuși stabili o listă de afecțiuni care interesează elementele constitutive ale orașului: pentru *structuri* – cataclismele naturale (cutremure, inundații, incendii) sau cele produse de om (războaie); pentru *echipamente* – rupturi de baraje, prăbușiri, alunecări sau înfundări de teren etc.; pentru *localizările umane* – formarea ghetourilor și a bidonvilurilor; pentru *structură* – disfuncția transporturilor, lipsa de relații între cartiere și segregația.

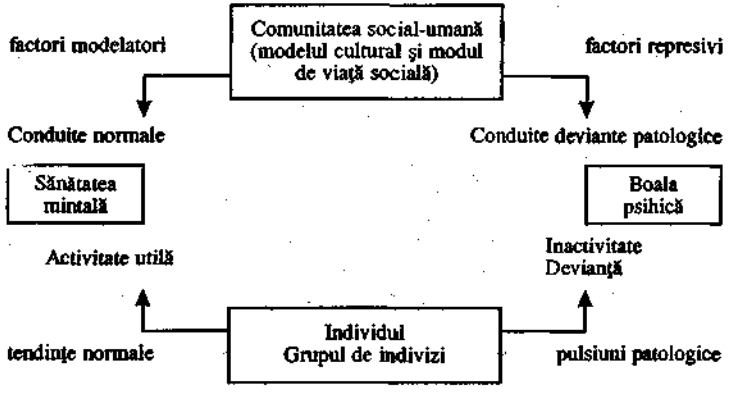
Toate aceste fenomene mai pot fi grupate, potrivit unui alt criteriu, în două categorii generale: *boli de carență* și *boli de pletoră*.

3. Sănătatea mintală și boala psihică în grupurile sociale

În cadrul grupului social-uman, starea de sănătate mintală și boala psihică depind de următorii factori:

a) modelul sociocultural, sistemul său de valori, factorii „represivi" și factorii sau forțele „de eliberare", tipurile de comportament;
b) mobilitatea grupului: tipul de relații și dinamica psihosocială (grup închis, grup deschis etc.);
c) modelul de educație: liber, conformist-tradițional, inovativ etc.;
d) funcția socială a religiei, tradițiilor etc.;
e) modul de formare a Supra-Eului moral;
f) relațiile cu alte culturi (încrucișările culturale).

Raporturile dintre starea de sănătate mintală și boala psihică în cadrul comunităților social-umane sunt reprezentate în schema de mai jos.

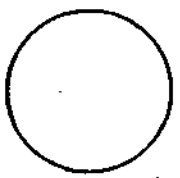
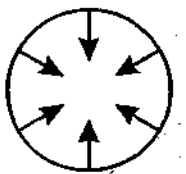


Din schema de mai sus se poate desprinde concluzia că atât starea de sănătate mintală, cât și boala psihică sunt direct influențate de acțiunea „represivă" sau „eliberatoare" (factorii normativi/modelatori) care afectează individul sau grupul de indivizi, din partea modelului sociocultural, a modului de viață și comportamentului individual sau colectiv. Sănătatea mintală este rezultatul acțiunii factorilor normativi-modelatori, care favorizează dezvoltarea conduitelor normale, și al unor acțiuni utile; factorii represivi duc la apariția unor conduite deviante sau net patologice, având ca urmare o activitate deviantă sau de tip sociopatic sau chiar patologic pur.

În ceea ce privește mecanismele sociogenetice ale stărilor de dezechilibru psihosocial ale sănătății mintale comunitare, remarcăm următoarele (vezi schema următoare):

a) se consideră comunitatea social-umană ca reprezentând o unitate formată din totalitatea indivizilor grupului respectiv;
b) comunitatea social-umană este cuprinsă în spațiul de acțiune a forțelor modelului sociocultural;

c) asupra grupului comunitar-uman se exercită acţiunea acestor forţe, înregistrându-se trei momente: *echilibru, contractare, dilatare-relaxare*;

Echilibrul forţelor de „reprimare-eliberare" (situaţie de echilibru)	Acţiunea factorilor de „reprimare" pulsională (contractare)	Acţiunea factorilor de „eliberare" pulsională (relaxare)
		
Echilibru psihosocial (sănătate psihică)	Tensiune psihică, anxietate, autoagresivitate prin încărcare pulsională (suicid)	Descărcare pulsională, heteroagresivitate (violenţă, criminalitate, sociopatii)

d) în faza de echilibru, forţele modelator-eliberatoare şi cele de reprimare sunt egale şi se compensează reciproc;

e) în faza de acţiune represivă a forţelor modelului social, pulsiunile nu se mai pot exterioriza, prin anularea capacităţilor de exprimare liberă; apar stări de tensiune socială, anxietate, depresie, autoagresivitate, prin descărcare pulsională internă (suicid), o încărcare pulsională rapidă şi de mare intensitate, care se acumulează fără a putea fi eliberată;

f) în faza de eliberare a forţelor modelului sociocultural, asistăm la scăderea până la completa suprimare a forţelor de reprimare a modelului social; în aceste circumstanţe, pulsiunile acumulate în interiorul grupului comunitar-uman se descarcă, eliberând forme de comportament de tip heteroagresiv (violenţă, criminalitate), conduite deviante sau sociopatice; este o formă aberantă de libertate, lipsită de orice ordine, haotică, fără cenzura morală a responsabilităţii.

4. Comportamentul normal şi cel patologic

Psihiatria are obligaţia de a situa teoria şi practica sa în raport cu marile probleme ale omului şi, înainte de toate, în raport cu libertatea individuală. Individul fiinţează, din acest punct de vedere, între „necesitatea internă a construcţiei sale somato-psihice" şi „constrângerea externă a mediului". El receptează, prin intermediul echipamentului său neuropsihic, stimulii de mediu şi elaborează răspunsuri. *Comportamentul* său poate fi descris ca un joc de acţiuni şi reacţii. În funcţie de calitatea, intensitatea şi utilitatea variaţiilor comportamentale, se disting *reacţii normale* şi *reacţii patologice*.

Pe aceste considerente, existenţa individuală ni se înfăţişează ca fiind construită din hazard şi întâlnire, istoria normală sau patologică a individului având un caracter evenimenţial.

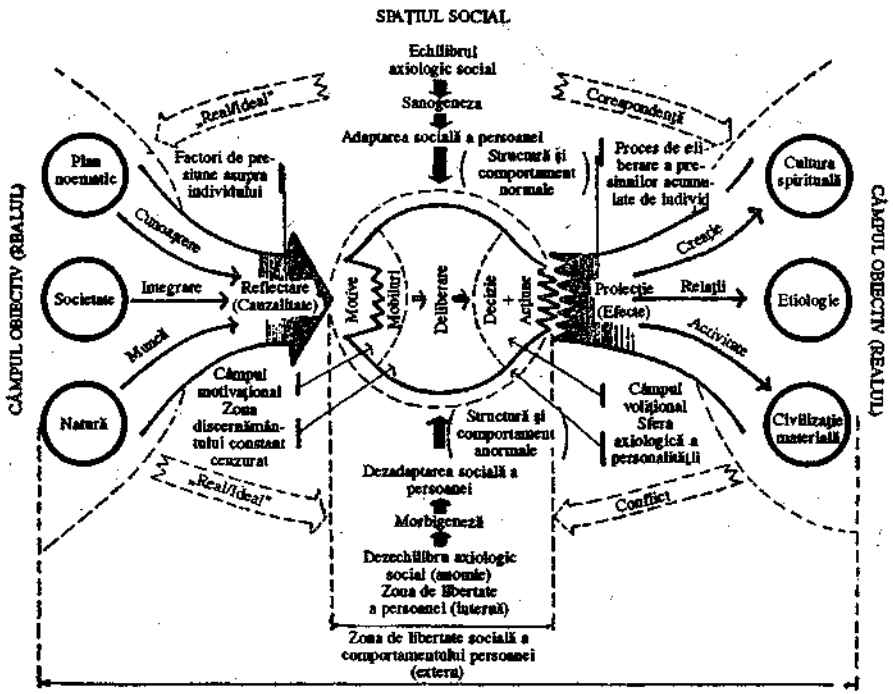
Istoria unui individ – psihobiografia sa – are un sens, iar acest proces este cel care creează istoria însăşi. În virtutea acestui fapt, „sensul" istoriei individului, înscriindu-se „în intervalul" propriei sale psihobiografii, devine „psihoistorie individuală". Individul ne apare în acest caz ca „promotor al propriei sale existenţe, constructor sau deconstructor al propriei sale vieţi" (Y. Pelicier). Acest aspect, legat direct de personalitate, implică din partea individului respectiv o „responsabilitate" a acţiunilor sale.

Dar, dincolo de simpla schemă „stimul-răspuns" din psihologia behavioristă, problema reacţiei (ca bază a comportamentului atât în sfera psihologiei, cât mai cu seamă în cea atât de nuanţată şi aparent mult mai supusă hazardului reprezentată de psihopatologie) implică punerea individului într-o anumită situaţie: întâlnirea dintre „eveniment" şi „individ". Este ceea ce K. Jaspers a numit „situaţie-limită".

Persoana şi derularea existenţei sunt „circumscrise" în „limitele" acestei situaţii conflictogene sau tensionale. În această situaţie în care individul este angajat în totalitatea sa, el e forţat să opteze pentru o soluţie la acţiunea evenimentului, de regulă psihotraumatizant, cu care a venit în contact. Opţiunea sa se va înregistra ca o atitudine de tipul reacţiei.

În cazul oricărui comportament, la originea sa stau motivaţii şi nevoi.

K. Lewin, în teoria câmpurilor, stabileşte o relaţie între „nevoile" individului, care se manifestă în spaţiul psihologic, şi „valenţele" mediului exterior sau ale spaţiului vieţii. În sensul acesta, comportamentul e o acţiune dinamică, orientată în raport cu valenţele mediului, al cărei scop este o reducere a tensiunii psihice şi o revenire la starea de echilibru (vezi schema următoare).



În procesul comportamentului este antrenat întregul sistem al personalităţii umane, mecanismele direct implicate în comportament fiind reflectarea şi proiecţia.

Reflectarea este procesul de asimilare a componentelor realităţii obiective de către personalitate, proces prin care individul cunoaşte şi-şi însuşeşte fenomenele din mediul extern. Realitatea este reprezentată prin trei planuri, constituind câmpul obiectiv al existenţei individului, şi anume:

- natura (mediu natural, relief, climă, resurse, alimentaţie);
- planul social (instituţii sociale, norme de conduită, familie, comunitate, grup şcolar/profesional, stat, economie, tradiţii, obiceiuri);
- planul noematic (religie, spiritualitate, credinţe, mentalitate, cultură, ideologie, educaţie).

Aceste planuri ale realităţii acţionează permanent asupra individului ca factori de presiune externă, pe care acesta şi-i însuşeşte în cursul procesului de reflectare. Ei presează în sensul vectorializării comportamentului.

Factorii exogeni au valoare de *motive*. Acestea declanşează *mobiluri* individuale, ambele realizând o acţiune de tip motivaţional din partea persoanei. În această situaţie, persoana va adopta o atitudine care va conta în deliberarea stărilor sale motivaţionale. Pe baza deliberării, ea va lua o decizie, ce înseamnă trecerea la acţiunea deschisă, în spaţiul social, ca o reacţie faţă de factorii exogeni ai realităţii externe cu care persoana a venit în contact.

Din punct de vedere dinamic, se pot identifica trei câmpuri ale personalităţii: câmpul motivaţional (motive + mobiluri); câmpul atitudinal sau zona discernământului, a deliberării; câmpul voliţional (decizie + acţiune).

Sensul desfăşurării dinamice a comportamentului uman este dinspre câmpul motivaţional către câmpul voliţional. Între aceste două câmpuri se stabileşte o sumă de forţe ce reprezintă starea de tensiune intrapsihică a personalităţii.

Relaţia dintre câmpurile motivaţional şi, respectiv, voliţional este sancţionată sau cenzurată în planul atitudinal al discernământului, printr-un proces de deliberare. În situaţia în care procesul de deliberare este suficient de puternic, dispunând de o logică şi o stare de conştiinţă clare, putem vorbi de un discernământ normal. Dacă deliberarea se face după un model logic defectuos (obsesiv, delirant), sub impulsul unor stări afective particulare (euforie, anxietate, depresie), al unor stări de conştiinţă alterată (obnubilare, confuzie, stări crepusculare) sau de altă natură (traumatisme, intoxicaţii, infecţii), procesul de discernământ va suferi importante modificări, împiedicând persoana în aprecierea justă a stărilor sale motivaţionale şi obligând-o să ia decizii greşite, neconcordante cu motivele, absurde sau cu un grad crescut de periculozitate antisocială, atât pentru sine, cât şi pentru societate. În funcţie de gradul de modificare, discernământul poate fi atenuat sau complet pierdut.

Deliberarea apare ca un proces de analiză simultană a mobilurilor şi deciziilor persoanei, ca o punere de acord a acestora în scopul conservării integrităţii sistemului personalităţii şi pentru elaborarea unei dinamici comportamentale adecvate.

Proiecţia este procesul prin care personalitatea se eliberează de conţinutul intrapsihic reflectat din câmpul realităţii obiective. Ea este un proces de elaborare a unor elemente creative proprii, specifice individului, pe care acesta le produce în interiorul spaţiului său social.

Produsele de proiecţie creativă a individului se elaborează pe baza celor trei planuri ale realului, ele constituind, în paralel cu realitatea obiectivă, un domeniu autentic şi exclusiv uman: planul subiectiv uman. Acesta este alcătuit din trei planuri complementare celor ale realităţii obiective: planul civilizaţiei materiale (industrie, tehnologie, mod de viaţă, nivel de trai, confort etc.); planul etologic (relaţii interpersonale, conduite sociale, tradiţii etc.); planul culturii spirituale (arte, filosofie, ştiinţe, ideologie, credinţe, religie etc.).

În procesul de elaborare psihică a comportamentului se remarcă o dinamică de tip „pulsatoriu" a sistemului personalităţii. Aceasta se „încarcă" în cursul procesului de reflectare şi se „descarcă" prin procesul de proiecţie. De raportul dintre cele două depinde starea de echilibru sau de normalitate şi starea de dezechilibru sau de anormalitate ale comportamentului.

Echilibrul comportamentului se desfăşoară după schema de mai sus. Există însă şi tipuri de comportament anormale, pe care le vom prezenta în continuare.

Comportamentul de tipul crizei psihobiologice apare în perioada pubertăţii, adolescenţei sau la menopauză. Crizele de dezvoltare sau involuţie sunt însoţite de schimbări comportamentale, care au un caracter pasager şi reversibil.

Comportamentul de tip carenţial este legat de frustrările afective, carenţe educative, conflicte, schimbarea modului de viaţă etc. Comportamentul de tip sociopatic are un caracter aparent, deviant, de inadaptare socială, agresiv şi antisocial.

Comportamentul patologic are la bază o tulburare psihică primară, care antrenează modificări ale comportamentului de diferite forme şi intensităţi. Acest tip de comportament se poate prezenta în mai multe moduri: conduite de tip reactiv (anxioase, fobice, impulsive, isterice, depresive etc.) sau nevrotic; conduite de tip caracteriopatic, specifice psihopatiilor (impulsivitate, iritabilitate, instabilitate, distimii etc.); conduite de tip psihotic, în care nota dominantă o dă dezacordul total al individului în raport cu realitatea, asociat cu o gravă alterare a personalităţii (schizofrenie, paranoia, PMD, parafrenie, psihoză epileptică).

Capitolul 28

Psihoigiena grupurilor sociale (II)

1. Persoana-limită

Noţiunea de *stare-limită* nu este suficient de bine precizată. Ea se defineşte în raport cu *normativitatea*, fie că se referă la cadrele nosografiei uzuale (cazul-limită fiind transnosografic), fie că se referă la raportul „normal-patologic", situaţie în care „cazul-limită" trebuie considerat fie „subnormal", fie „perinormal".

Ceea ce caracterizează o „persoană-limită" sau un „caz-limită" este un tip de *semiologie disidentă* (atipică, amorfă, mixtă, împrumutând elemente disparate). Ceea ce este afectat în toate „cazurile-limită" e identitatea subiectului.

În cazurile clinice, simptomatologia are un caracter patologic, exprimând o modificare funcţională sau structurală a subiectului legată de o anumită cauză, considerată factor patogen. În cazurile-limită, simptomatologia este dominată prin intrarea în acţiune a „mecanismelor de apărare" ale Eului, faţă de pericolele care duc la o stare de dezadaptare a persoanei în raport cu evenimentele vieţii trăite, aşa cum se poate vedea mai jos:

Caz-limită	Persoană normală	Caz-clinic
Evenimente neobişnuite ale vieţii: PERICOL	Situaţii normale ale vieţii: ADAPTARE	Cauze patologice: BOALĂ
CAZ-LIMITĂ	PERSOANĂ NORMALĂ	CAZ CLINIC
Mecanisme de apărare ale Eului	Regim funcţional normal	Simptome clinice

Trebuie făcută diferenţa între *cazul clinic* şi *cazul-limită*. Elementul de referinţă pentru definirea ambelor modele este *persoana normală*.

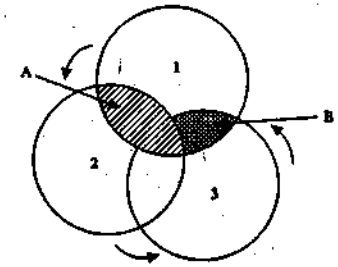
În faţa evenimentelor psihotraumatizante ale vieţii trăite, persoana „răspunde" prin mobilizarea mecanismelor sale de apărare, pentru a se putea adapta. Mecanismele de apărare intră în acţiune în mod automat, inconştient. În această situaţie, modul de a se prezenta al persoanei se află în raport direct cu „situaţia-limită" şi, în aceste noi circumstanţe, ea devine o „persoană-limită". Mecanismele de apărare apar sub forma unor veritabile „simptome de criză" ale persoanei şi sunt următoarele: refularea, cu izolarea emoţională a individului; proiecţia specular, catartică sau complementară; introspecţia, mecanism complementar al proiecţiei, constând în încorporarea elementelor lumii externe considerate pozitive şi asimilarea acestora; returnarea în contrariul lor, asupra sinelui, a „problemelor" declanşate (agresivitate către autoagresivitate); anularea

retroactivă sau anularea oricărui component care ar angaja individul într-o situaţie periculoasă; formarea reacţională ca mecanism de compensare şi supracompensare (transformarea sentimentului de inferioritate în nevoia de putere – la A. Adler – sau voinţa de putere – la Fr. Nietzsche); raţionalizarea sau explicitarea raţională a motivaţiilor unui comportament; sublimarea sau realizarea indirectă a dorinţelor ori a tendinţelor personale.

Mecanismele de apărare acţionează ca o reacţie de moment. Dacă evenimentul psihotraumatizant persistă, ele se convertesc în simptome clinice. În această nouă situaţie, cazul-limită reprezintă etapa „preclinică" a bolnavului (vezi schema următoare).

1) Persoană normală
2) Caz-limită
3) Caz clinic

A) Mecanisme de apărare
B) Simptome clinice



Orice individ angajat într-o situaţie-limită devine o persoană-limită, în mai multe sensuri: în planul conştiinţei sale, în sfera acţiunii, ca tip de reacţie emoţională. Atitudinea persoanei-limită se caracterizează prin următoarele:

a) nu crede în limite (persoanele aflate într-o stare de criză sufletească sau bolnavii mintal refuză să recunoască acest lucru, negând astfel, în mod ocolit, inconştient, limita impusă de situaţie);
b) refuză să accepte situaţia (din aceleaşi motive);
c) apare o stare de tensiune, de angoasă, legată de resimţirea limitelor, care „închide" câmpul de acţiune al persoanei, limitându-i libertatea individuală;
d) apar sentimentul de disperare şi ideea de suicid, ca „soluţie" a ieşirii din situaţie;
e) atitudinea finală de resemnare, de renunţare la luptă şi de acceptare a situaţiei ca o „fatalitate" imposibil de depăşit.

În felul acesta, orice persoană angajată într-o situaţie-limită devine o persoană-limită. Ea este obligată în mod absolut şi excesiv să reflecteze asupra situaţiei respective, precum şi a limitelor care i se impun, dar, în acelaşi timp, să şi adopte o soluţie, să opteze pentru o rezolvare a impasului.

E. Kübler-Ross a analizat „reacţiile persoanei" în situaţii-limită şi a descris în acest caz existenţa a cinci faze obligatorii. Ea s-a referit la bolnavii cronici incurabili (leucemii, cancere) sau la persoanele care, având afecţiuni oculare grave, ajung să-şi piardă vederea. Cele cinci faze descrise de E. Kübler-Ross sunt următoarele:

a) faza de şoc la aflarea adevărului referitor la afecţiune; în acest caz, se produce o reacţie automată de refuz, blocaj, negare;

b) faza în care persoana caută un vinovat, cauza care a produs acest fapt;
c) faza de tatonări, de negocieri (poate „se va putea rezolva", poate „vom face ceva") și de căutări de soluții disperate (medicină alternativă, naturistă, bioenergie, homeopatie);
d) faza a patra, marcată de depresie, mutism, izolare și prăbușire;
e) faza a cincea sau faza de resemnare, când se instalează liniștea, acceptarea situației.

Se poate vedea clar din cele de mai sus că starea de sănătate mintală înregistrează nuanțe și grade diferite de modificare, ea nefiind considerată o alternativă normală a bolii, care este alternativa patologică. Sunt multe „aspecte intermediare" care nu privesc în mod direct domeniul clinicii psihiatrice, dar care totuși reprezintă modificări importante ale sănătății mintale, ale vieții individului. Acestea intră sub incidența igienei mintale.

2. Situațiile-limită

Desfășurarea vieții este legată de diferitele „evenimente" și „situații" cu care persoana vine în contact, pe care le asimilează sau cu care se confruntă, construindu-și din aceste întâlniri experiența sa personală.

În toate cazurile, raportul „persoană-situație" este o confruntare care implică următoarele elemente: atitudinea individului față de situație; o opțiune, în sensul adoptării unei soluții; depășirea situației de către individ.

Orice situație produce o „deschidere" sau o „închidere" a individului în raport cu propria sa libertate individuală, de acțiune sau spirituală. În acest sens, situațiile pot fi: situații banale, obișnuite, lipsite de o semnificație anumită, care constituie experiențe deja cunoscute de individ și care nu mai pot influența în mod deosebit viața acestuia; situații închise sau „situații-limită", de tipul celor descrise de K. Jaspers, ce „închid" individul, suprimându-i libertatea și orice comunicare cu lumea, orice formă de comunicare, angajându-l în totalitate în situația respectivă; situații deschise, de tip opus celor „limită" descrise de K. Jaspers, care „deschid" sau cel puțin „lărgesc" orizontul existenței, oferindu-i individului un grad teoretic nelimitat de libertate spirituală sau de acțiune, situându-l „în afara lumii" sau „deasupra" ei, într-un spațiu transcendent sau transreal, dar simultan și transpersonal; acestea sunt stările de extaz, de beatitudine, stările de reverie, crepusculare, de euforie, de creație artistică, de contemplare estetică, de fericire morală etc.

Din cele de mai sus rezultă că situațiile vieții sunt realități de un mare interes vital pentru un subiect, care fie îi restrâng activitatea, fie i-o eliberează, contribuind în mod substanțial la evoluția personalității acestuia. Orice situație este o realitate plină de sens, care semnifică pentru individ și viața sa fie un pericol, fie un avantaj, fie un eșec, fie un succes.

În viață, situațiile pot fi, după K. Jaspers, de următoarele feluri:

a) situații generale, tipice;
b) situații unice, istoric determinate.

K. Jaspers spune că, atunci când o persoană se află într-o situație determinată, unică, ea nu poate trăi fără *să lupte* și *să sufere*. Ea își asumă niște *culpabilități*, știind că va *muri*. Aceste patru elemente (*lupta*, *suferința*, *culpabilitatea* și *moartea*) reprezintă,

după K. Jaspers, „situațiile-limită". Ele sunt „momente-cheie" sau „critice" ale existenței umane, în cursul cărora individul, confruntat cu „evenimentele neobișnuite" ale vieții, va reacționa în mod paradoxal. În acest sens, G. Marcel afirmă că „esența omului este de a fi în situație".

Pentru K. Jaspers, o situație de viață devine o „situație-limită" în momentul în care existența se apropie de frontieră sau când se transformă în altceva, în raport cu ceea ce este în mod obișnuit pentru conștiința ființei umane, în ordinea empirică. Acest „altceva" este „transcendența".

Situațiile-limită nu variază. Ele sunt definitive și opace, întrucât noi nu mai putem vedea nimic altceva atunci când suntem angajați în ele. Ele sunt direct, imediat și adânc legate de viață. „Situația" aparține ca eveniment existenței, „limita" aparține conștiinței.

Nici o persoană, ca ființă care există, nu poate scăpa sau evita situațiile-limită. A exista înseamnă a trăi propriile tale „situații-limită". Soluția este dată de cunoașterea exactă a situațiilor-limită. Dacă eu cunosc situația, o pot domina; în caz contrar, mă afund și sunt dominat, înghițit de situație (K. Jaspers).

K. Jasper consideră că existența persoanei în lume este dublă: ca *subiect empiric*, eu sunt în lume; ca *existență posibilă* în viața empirică, eu sunt în situația-limită.

Se deschid în această privință trei posibilități pentru individ (K. Jaspers): *viața mitică*, o experiență de beție, de extaz, de tipul „a-fi-în-afara-lumii"; *viața pozitivă*, dată de imposibilitatea de „a-fi-în-tine", care te împinge să găsești noutatea „în-lume", ajungând în felul acesta la „situațiile-limită"; *viața ca existență posibilă*, ce este o alternare între momentele de misticism și cele de pozitivism, reprezentând întoarcerea la ambiguitate.

Important pentru relațiile pe care le au cu sănătatea mintală, „situațiile-limită" descrise de K. Jaspers rezumă modificări ale echilibrului psihic și ale personalității în totalitatea sa, diferite de cele ale cadrelor clinico-psihiatrice. Dintr-un asemenea motiv, este necesară analiza acestor tipuri.

3. Psihoigiena situațiilor-limită

Având în vedere raportul lor cu starea de sănătate mintală și necesitatea rezolvării acestora, situațiile-limită constituie un obiectiv important pentru acțiunea de igienă mintală. Vom analiza pe rând fiecare dintre cele patru situații-limită descrise de K. Jaspers.

Moartea, ca fapt obiectiv al vieții empirice, nu este o situație-limită. Moartea capătă această semnificație în două cazuri concret determinate: *moartea mea* și *moartea aproapelui meu*. Moartea aproapelui meu, a ființei celei mai iubite de care eu mă simt cel mai legat și cu care sunt într-o permanentă comunicare, dă impresia că „îl las singur și nu-l pot urma" (K. Jasper). Fiecare moare singur. Singurătatea din fața morții. Această durere a separării este ultima expresie de neputință a comunicării. Ea este compensată prin nostalgie și doliu prelungit, patologic.

Moartea mea are pentru mine un caracter obiectiv și decisiv, care mă apasă continuu. Eu nu pot face „experiența morții" decât o singură dată.

Legat de moarte ca situaţie-limită, se mai discută şi următoarele aspecte:

- situaţia morţii aparente (R. Moody şi E. Kübler-Ross);
- angoasa, care însoţeşte orice idee sau act al morţii, legată de perspectiva neantului; angoasa are două direcţii de manifestare: angoasa de moarte şi angoasa dată de dorinţa de a continua viaţa şi după moarte;
- refugiul în moarte, cum este cazul suicidului, constituie, de fapt, o formă „marcată" sau „ocolită" a refuzului lumii şi al vieţii, legat de sau raportat la o „situaţie-limită" inacceptabilă, faţă de care individul nu găseşte o altă „soluţie".

Suferinţa poate fi legată de dureri fizice, morale, sufleteşti, de vârstă etc. Pentru K. Jaspers, „suferinţa este diminuarea vieţii, o aneantizare, dincolo de care începe moartea".

M. Scheler remarcă mai multe forme de atitudine în faţa suferinţei: este respinsă, se luptă împotriva ei; e acceptată cu un sentiment de resemnare; este ignorată, desconsiderată; individul e copleşit de suferinţă.

Opusul suferinţei este fericirea. Dacă *suferinţa* este echivalentă cu *eşecul*, *fericirea* reprezintă *împlinirea* persoanei. A suferi înseamnă a fi nefericit. Suferinţa e cea care îmi revelează condiţia mea de muritor, spune K. Jaspers.

Lupta, ca şi moartea şi suferinţa, este o situaţie-limită independentă de voinţa mea, asupra căreia individul nu poate acţiona (K. Jaspers). Ele sunt direct integrate existenţei, făcând parte din aceasta. Individul nu poate face nimic împotriva lor.

Lupta şi culpabilitatea sunt situaţii-limită numai în măsura în care eu le produc prin activitatea mea. Eu le pot evita, pentru că sunt cel care a contribuit ca acestea să se producă.

În ceea ce priveşte formele luptei, K. Jaspers menţionează următoarele: lupta pentru viaţă implică durata şi are un caracter inconştient; lupta cu un adversar cunoscut implică spaţiul vital şi are un caracter orientat, conştient, cu durată determinată; de pildă, lupta cu violenţa sau lupta cu dragostea.

Există şi aspecte paradoxale sau contrare luptei, cum sunt: iubirea aşa cum este ea înfăţişată de Iisus, Sfântul Pavel, Sfântul Ioan („Dumnezeu este iubire"); nonviolenţa, ca acţiune de opoziţie neangajată, pasivă, aşa cum a iniţiat-o Gandhi.

Culpabilitatea consideră că orice acţiune a omului are consecinţe în lume şi asupra semenilor săi. Din momentul în care eu accept condiţiile acestei vieţi ce implică *moartea*, *suferinţa* şi *lupta*, eu mă simt *vinovat* faţă de mine. Aceasta pentru că eu caut să-mi asigur condiţiile de viaţă şi să mă pun la adăpost.

Fiecare individ răspunde de actele sale. Dar, ca să-şi poată satisface propriile nevoi, individul îi „loveşte" pe alţii sau prejudiciază lumea. Din acest motiv, el este vinovat. Vinovăţia lui este corelată cu pedeapsa şi cu sentimentul tragic al vieţii (M. de Unamuno). Formele prin care se compensează vinovăţia sunt asceza, sacrificiul, martirajul şi eroismul.

Referindu-se la măsurile de psihoigienă care trebuie adoptate în cazul situaţiilor-limită şi al persoanelor-limită, E. Kübler-Ross pune câteva probleme: „Ce este fericirea?", „Ce este speranţa?", „Ce este compasiunea?", acestea fiind legate de instituirea unor măsuri de psihoterapie de grup cu bolnavii incurabil, aflaţi în situaţia-limită de dinaintea propriei morţi. Aceasta necesită două forme de psihoterapie: de susţinere şi de consolare. Ambele forme se regăsesc la Seneca şi Boethius.

Putem spune deci că unul dintre principiile pe care se construieşte acţiunea de igienă mintală este morala. O morală de susţinere, consolatoare, în faţa situaţiilor-limită ale vieţii.

Capitolul 29

Stările de dezechilibru psihosocial

1. Aspecte generale

Igiena mintală colectivă are ca obiectiv fixarea atenţiei asupra formelor sociopsihiatrice ale stării de sănătate mintală colectivă, prevenirea şi combaterea acestora. Acest obiectiv de maximă importanţă şi permanentă actualitate are ca punct de plecare cunoaşterea *cauzelor*, *mecanismelor* şi *formelor* stărilor de dezechilibru psihosocial, pentru a se putea organiza acţiunea de igienă mintală în scopul restabilirii stării de sănătate mintală a comunităţilor umane.

Patologia psihiatrică a comunităţilor social-umane trebuie considerată, în primul rând, ca o modalitate de alterare a stării de sănătate mintală colectivă legată de acţiunea unor factori morbigenetici care acţionează asupra întregului grup uman şi de la care nu se poate sustrage nimeni.

Tulburarea stării de sănătate mintală comunitară este un fenomen de masă, o stare de dezechilibru psihosocial care interesează, practic, toţi membrii comunităţii, fiind produsă de aceiaşi *factori de presiune socială*. Spre deosebire însă de *boala mintală individuală*, care afectează personalitatea, *stările de dezechilibru psihosocial* ale grupurilor umane se înfăţişează ca o formă particulară de patologie ce afectează conduitele, modul de gândire, sensibilitatea, gusturile, raporturile interumane (Th. Kammerer, L. Frighi, C. Enăchescu).

Patologia psihiatrică a comunităţilor social-umane are un caracter polimorf, complex şi prezintă o mare mobilitate, deosebindu-se fundamental prin aceasta de bolile psihice întâlnite în clinica psihiatrică. Boala psihică este legată, în primul rând, de substratul psihobiologic al individului, pe când stările de dezechilibru psihosocial al grupurilor comunitar-umane se raportează la structurile şi mecanismele psihosociale ale colectivităţilor umane. Pentru a sublinia diferenţa dintre aceste două categorii de tulburări, vom utiliza denumirea de *boală psihiatrică* sau *boală mintală* pentru tulburările psihice ale individului şi cea de *dezechilibru psihosocial* sau *psihoze colective* pentru tulburările sociopsihiatrice ale colectivităţilor umane.

Dezechilibrele psihosociale ale grupurilor comunitare se prezintă sub forma unor tulburări ale spiritului comunitar cu caracter generalizat, afectând *structura*, *dinamica* şi *evoluţia* psihosocială ale tuturor membrilor comunităţii umane respective. La baza acestor stări de dezechilibru stau două categorii de factori morbigenetici:

a) *factori morbigenetici de ordin comunitar* sau *endogeni*, reprezentaţi prin:
   - o stare de dezechilibru a spiritului comunitar;
   - relaţii interpersonale tensionate;

- conflicte intracomunitare;
- creşterea frecvenţei conduitelor antisociale de tip agresiv-delictual, manifestate ca violenţă;
- slăbirea coeziunii interne a grupului comunitar-uman, a spiritului gregar;
- limitarea considerabilă a libertăţii comportamentale;

b) *factori morbigenetici de ordin extracomunitar* sau *exogeni*, reprezentaţi prin:

- conflicte psihosociale;
- schimbări sociale;
- factori sociodemografici (creşterea populaţională, marginalizarea socială a unor indivizi sau subgrupuri, intrarea unor grupuri populaţionale străine în comunitatea umană);
- factori economici;
- schimbări culturale, morale, crize axiologice;
- schimbări profesionale, şomaj;
- schimbări rapide şi profunde ale modului de viaţă, modelului de comportament, formelor de gândire;
- nivelul de dezvoltare materială şi spirituală inegal al membrilor comunităţii social-umane;
- decalaje de venituri sociomateriale;
- presiuni exercitate de mass-media;
- criza valorilor culturale, morale şi religioase tradiţionale;
- schimbări rapide ale modelelor de educaţie;
- calamităţi naturale (incendii, inundaţii, cutremure, accidente tehnologice, chimice sau nucleare).

Mecanismele sociopatogenetice	Etapele de constituire a proceselor de dezechilibru psihosocial			
Modalitatea de acţiune a factorilor morbigenetici	Etiologic	Funcţional	Clinic	Social
Presiunea modelelor negative	Receptare	Încorporarea factorilor morbigenetici	Elaborarea simptomatologiei psihiatrice	Criza de structură şi organizare socială
Imitarea modelelor negative	Înglobare	Schimbarea imaginii persoanei	Schimbarea dinamicii persoanei	Tulburări de adaptare socială
Identificarea cu modelele negative	Asimilare	Uniformizarea indivizilor, prin ştergerea diferenţelor	Adoptarea unor conduite unice morbide, prin pierderea originalităţii	Dezadaptare socială cu refuzul integrării

Aceste grupe de factori morbigenetici acţionează asupra grupurilor social-umane producând presiuni prin intermediul unor „modele negative" şi ducând la apariţia stărilor de dezechilibru psihosocial. Aceste „modele" sunt imitate şi acceptate automat prin

mecanisme de contagiune psihică colectivă, devenind forme de comportament, modele de gândire şi sensibilitate, forme de comunicare şi relaţii interpersonale. În final, grupurile umane se vor identifica cu aceste „modele impuse", preluate automat şi nereflexiv, necritic, schimbându-şi complet imaginea şi natura anterioară întâlnirii cu acestea. Transformările menţionate vor afecta profund starea de sănătate mintală comunitară, prin apariţia unor conduite antisociale de tip deviant, sociopatice, de dependenţă, de refugiu etc., aşa cum vom arăta în continuare. Sinteza mecanismelor sociopatogenetice şi etapele de constituire a proceselor de dezechilibru psihosocial sunt prezentate schematic în tabelul de mai sus.

Aspectele mai sus prezentate justifică existenţa unor stări de dezechilibru psihosocial, reprezentând tulburări ale stării de sănătate mintală colectivă, care afectează întreaga comunitate social-umană. Să analizăm în continuare aceste aspecte particulare pe care le prezintă patologia sociopsihiatrică a comunităţilor umane.

2. Formele dezechilibrelor psihosociale

Stările de dezechilibru psihosocial al comunităţilor umane interesează procesele de tip *structural*, *dinamic* sau *relaţional*, fie în mod izolat, fie asociate între ele, putând determina tulburări ale diferitelor aspecte ale proceselor psihosociale, aşa cum se poate vedea în tabelul de mai jos.

Natura proceselor psihosociale	Tipul dezechilibrelor psihosociale	
	Endogene	Reactive
Structurale	Conduitele agresive Sindromul delirant-anomic	Sociopatiile
Dinamice	Sindromul de sinistraţie Toxicomaniile	Stările depresive Nevrozele
Relaţionale	Sindromul de izolare comunitară/ marginalizare/excludere	Sindromul de înstrăinare comunitară Sindromul de privare de libertate

Din analiza tabelului de mai sus rezultă că noi am preferat să izolăm următoarele grupe de dezechilibre psihosociale ale comunităţilor umane astfel:

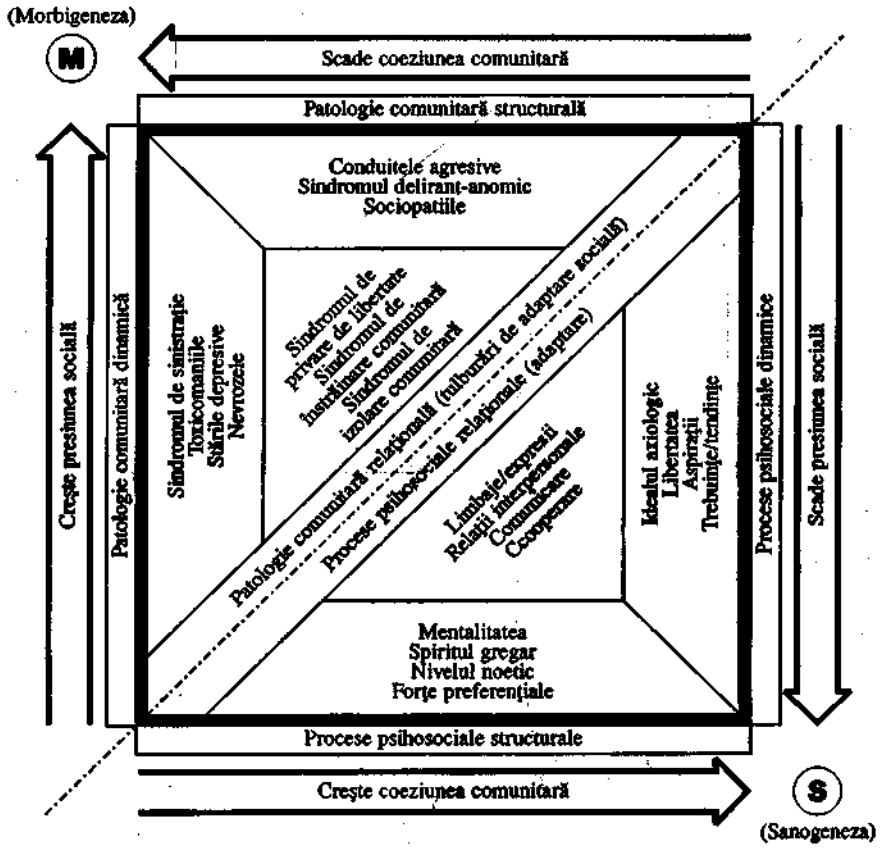
- dezechilibre psihosociale de tip reactiv;
- dezechilibre psihosociale de tip endogen.

Mecanismele care stau la baza tulburărilor psihosociale menţionate constau în:

- *scăderea coeziunii grupului* comunitar-uman, care duce la apariţia unei patologii comunitare de tip *structural*, reprezentată prin: *conduite agresive*, *sindromul delirant-anomic*, *sociopatii*;
- *creşterea presiunii sociale*, care duce la apariţia unei patologii comunitare de tip *dinamic*, reprezentată prin: *sindromul de sinistraţie*, *toxicomanii*, *stări depresive*, *nevroze*;

– tulburări de tip relaţional, printr-o *stare de alienare*, care vor duce la apariţia unei patologii comitare de tip *relaţional*, reprezentată prin: *sindromul de izolare/marginalizare comunitară, sindromul de înstrăinare comunitară, sindromul de privare de libertate.*

Aceste aspecte pot fi observate în schema de mai jos.



Dezechilibrele psihosociale de tip reactiv

Sociopatiile

Conceptul de *sociopatie* a fost relativ recent introdus în sfera de preocupări a psihiatriei sociale şi iginei mintale (L. Bellak, P.M. Brunetti, M. Bates, N. Petrilowitsch şi H. Flegel, M. Bleuler). Studiile actuale situează sociopatiile în cadrul conduitelor antisociale, la frontiera dintre normal şi patologic (J. Hochman, Cl. Koechlin, M. Reitter). Acestea reprezintă forma psihosocială a conduitelor de tip comportamental psihopatic sau tulburări de conduită caracteriopatice.

Sociopatiile nu trebuie privite ca boli, ci ca deviaţe comportamentale datorate unor cauze exogene diferite: frustrări afective, carenţe educaţionale, familii dezorganizate, imitaţia unor modele negative, conduite antisociale imitate ca urmare a contactului cu indivizi delincvenţi, asocierea cu grupurile de tineri delincvenţi, lipsa de control şi dezinteresul părinţilor sau ale educatorilor. De regulă, sociopaţii se recrutează din rândul tinerilor adolescenţi în perioada crizei de dezvoltare (pubertate şi adolescenţă).

Conduitele sociopatice au un caracter aberant, dezordonat, antisocial. Ele prezintă un mare polimorfism al manifestărilor, dominat de caracterul lor antisocial, cu un potenţial infracţional crescut.

Sociopaţii se caracterizează prin dificultăţi majore de adaptare şi integrare cauzate de un model comportamental primar greşit. Pentru sociopaţi, relaţia „cauză-efect" în organizarea şi desfăşurarea comportamentului este subiectivă, de factură negativă, dominată de satisfacerea imediată a pulsiunilor primare fără controlul conştiinţei morale. Aceşti indivizi sunt înclinaţi să găsească soluţii şi justificări ale acţiunilor pe care le întreprind nu prin adoptarea unei relaţii interpersonale pozitive de conformare la normele de conduită morală, ci printr-o atitudine violent-protestatară, de respingere a normelor de comportament normal statuate de societate şi legile morale.

Caracteristice pentru sociopaţi sunt scăderea simţului moral, precum şi incapacitatea acestora de a discerne acţiunile comportamentale proprii în raport cu sistemul de valori sociale, îngustarea câmpului conştiinţei şi a simţului de răspundere social-juridică, ceea ce face ca între sociopaţi şi restul societăţii să se producă o ruptură.

Profilul personalităţii sociopaţilor, de natură contradictorie, oscilantă şi imprevizibilă, implică două direcţii ale stării de dezechilibru al sănătăţii mintale:

a) în *plan psihologic*, personalitatea sociopatului ne apare ca fiind inautentică, dezorganizată, dominată de o stare de dezechilibru legată de o imaturitate afectivă şi o reducere considerabilă a autocontrolului prin lipsa conştiinţei morale; imaginea de sine a sociopatului este deformată, incompletă sau neclară, impersonală, ea fiind impusă de „modelul negativ" al grupului marginal din care el face parte; din acest motiv, se poate spune că sociopatul adoptă o imagine de sine din afară, neautentică şi caricaturală, ce exprimă „identitatea" atribuită de grupul marginal la care a aderat; această „imagine/identitate" diferită de cea normală a membrilor comunităţii social-umane creează o ruptură între sociopat şi lume, generează o stare de ostilitate faţă de societate, dar şi o atitudine de respingere a societăţii faţă de persoana sociopatului; conflictul va naşte conduitele de violenţă prin care sociopatul va căuta să se impună în societate şi la care societatea va răspunde prin măsuri represive;

b) în *plan social*, aspectele de mai sus se reflectă asupra comportamentului şi a relaţiilor interpersonale ale sociopatului; comportamentul acestuia va avea un caracter de imoralitate, pasivitate şi parazitism, datorat situaţiei de marginalizare şi dependenţă socială, dar şi de agresivitate, prin care el va căuta să „compenseze" statutul de marginalizare/excludere.

Devianţele comportamentale ale sociopaţilor se manifestă în trei direcţii în raport cu normele sociale şi cu ceilalţi membri ai comunităţii umane, după cum urmează:

a) *tulburări de adaptare*, care constau în: instabilitate, inadaptare, conflictualitate, atitudine de respingere negativă a sistemului de valori ale modelului sociocultural, nivel de aspiraţii limitat sau absent, schimbări imprevizibile;
b) *tulburări de comportament*, care constau în: absenţa unei motivaţii pozitive, acţiuni la întâmplare, tensiune şi conflicte în relaţiile interpersonale, fugă şi vagabondaj, acţiuni revendicative, cverulenţă, sugestibilitate crescută fără controlul responsabilităţii pentru acţiunile întreprinse;
c) *agresivitate*, exprimată prin conduite de violenţă, acte impulsive, sadism, suicid, omucidere, clastromanie, furt etc.

Stările depresive

Stările depresive colective sau sociodepresiile sunt tulburări psihosociale care sunt cauzate de anumiţi factori morbigenetici exogeni cu acţiune prelungită şi care, prin aceasta, produc o epuizare psihică având repercusiuni asupra stării de spirit, conduitelor, acţiunilor, o stare de descurajare şi dezertare, retragere şi izolare, renunţare la proiecte. Aceste aspecte specifice societăţilor dezvoltate sau în curs de dezvoltare, care suprasolicită grupul social uman, reprezintă o temă importantă de studiu pentru psihiatria socială şi igiena mintală (P. Kielholz, H.P. Rome, P. Pichot, J.J. Lopez-Ibor, J. Angst, N. Sartorius, H.J. Weitbrecht).

Tabloul manifestărilor depresiilor colective include următoarele tulburări: sentimentul unei presiuni externe, al marginalizării sociale, care generează o stare de insecuritate; nelinişte, panică, anxietate; apatie, inactivitate, reducerea cantitativă şi calitativă a activităţii profesionale, dezinteres; îngustarea nivelului de aspiraţii şi a câmpului de interese; adoptarea unei atitudini triste, pesimiste faţă de viaţă; atitudine defetistă; idei şi acte de suicid.

Stările de nevroză colectivă

Când discutăm aceste aspecte, trebuie să facem precizarea că prin „nevroze colective" înţelegem alte caracteristici decât cele pe care le prezintă „nevroza" ca manifestare clinică individuală în psihiatrie. Nevrozele colective sunt dificultăţi de adaptare/integrare a grupurilor umane la schimbările sociale rapide, pe care nu le mai pot nici înţelege şi nici asimila. Din acest motiv, „existenţa" devine o cursă continuă către un scop care nu poate fi atins niciodată. Orice speranţă sau aspiraţie este soldată cu un eşec. Grupul uman nu mai are garanţia securităţii sale, nici pe cea a posibilităţilor de autorealizare. Se produce o „ruptură" între nevoi şi aspiraţii, pe de o parte, şi ofertele situaţiei reale, pe de alta.

Nevrozele colective cresc, în mod paradoxal, o dată cu proliferarea factorilor de progres social, cu dezvoltarea şi mărirea complexităţii vieţii, evoluţie căreia indivizii, pe de o parte, nu îi pot face faţă şi la care, pe de altă parte, au acces numai un număr din ce în ce mai redus de indivizi. În mod paradoxal, prin perfecţionarea vieţii, posibilităţile maselor de indivizi scad, deşi aparent accesul este deschis tuturor. Ruptura dintre „nevoi şi posibilităţi" face să se diminueze încrederea în sine, să se piardă valoarea individului şi, în final, însuşi sensul vieţii. Nevrozele colective apar ca un conflict între „acţiuni" şi „rezultate". Ele încarcă grupul comunitar-uman, creând tensiuni, conflicte, generând atitudini de refuz şi revendicări colective etc.

Sindromul de privare de libertate

Sindromul de privare de libertate apare în condiţiile impunerii unor norme rigide de tip represiv/restrictiv în desfăşurarea liberă a conduitelor şi acţiunilor unui grup populaţional. Acesta se poate ivi în situaţii de criză social-politică, revoluţii, războaie, asedii, deportări, prizonierat, detenţie sau în cazul instituţionalizării forţate.

Manifestările patologice ale acestui tip de tulburări psihosociale sunt marcate de un mare polimorfism:

a) *tulburări psihice* de tip reactiv manifestate prin: privarea de libertate cu sentimentul de claustrare, stare de panică, nesiguranţă, teroare, lipsă de comunicare şi schimbări culturale, izolare de locul de origine cu sentimentul de înstrăinare/dezrădăcinare, nelinişte anxioasă, iritabilitate, insomnii, coşmaruri, depresie, nostalgia familiei şi a locului de origine, stări conflictuale, episoade confuzionale sau stuporoase, crize pitiatice, idei delirante de persecuţie sau cu temă mistică, izolare cu negativism verbal şi refuzul activităţii, refuz alimentar, halucinaţii, idei sau tentative de suicid, conduite paradoxale şi reacţii de inadaptare;
b) *tulburările somatice* şi *psihosomatice*, cauzate, pe de o parte, de traumatismul psihic de izolare şi claustrare, iar pe de altă parte, de mizerie, subalimentaţie, schimbările de climă etc. şi manifestate prin: greţuri, cenestopatii, anorexie sau bulimie, tulburări endocrine sau sexuale, distrofii, TBC, tulburări digestive, respiratorii, nevroze cardiace şi hipertensiune arterială, avitaminoze, eczeme, stări alergice etc.

Tulburările de mai sus au fost descrise de diferiţi autori, care, dincolo de aspectele tablourilor clinice specifice, remarcau mecanisme psihopatologice comune. Sunt cunoscute în literatura de specialitate *sindromul DDD* („Debility-Dependency-Dread" sau „Debilitate--Dependenţă-Teroare") descris de J.E. Farber, H.F. Harlow şi L.J. West la prizonierii de război şi *nevrozele de război* (*Kriegsneurosen*) descrise la combatanţi de către G. Elsässer. Au mai fost descrise *psihonevroze*, *psihoze* şi *psihopatii* la militari sau prizonieri, de către J.E. Meyer, J.W. Appel şi R.H. Ahrenfeldt.

Sindromul de înstrăinare comunitară

Sindromul de înstrăinare comunitară apare ca o stare de dezechilibru psihosocial, în condiţiile izolării individului sau a unui grup de indivizi de comunitatea entoculturală căreia îi aparţine prin origine.

În această situație, se produce o ciocnire, o situație de conflict între două modele psihosocioculturale, cel originar, propriu individului, și cel nou, străin, în care acesta este inclus (A.I. Hallowel, M. Mead, R. Linton, A. Kardiner, H. Ellenberger, J. Poirier, M.J. Herskovits, O. Koenig).

Conflictele ce apar în aceste situații se desfășoară pe mai multe planuri: social, psihologic, lingvistic, religios, cultural, moral, economic. Se instituie o dificultate de comunicare între individ și noul mediu sociocultural, care va duce la izolarea acestuia.

Despărțirea de patria, familia și comunitatea social-umană de origine constituie factori psihotraumatizanți majori, care generează dificultăți de adaptare psihosocială, de integrare în noua comunitate umană, de asimilare a unui model de comportament nou. Fenomenul se produce în situațiile de exil, expatriere, deportări, migrații de populație, schimbări transculturale. Din punct de vedere psihiatric, se notează dificultățile majore de adaptare/integrare în noul mediu, sentimentul de izolare/înstrăinare, marginalizarea, impresia de oprimare, neliniștea, anxietatea, sentimentul de inferioritate prin marginalizare, ideile delirante polimorfe de urmărire etc.

Dezechilibrele psihosociale de tip endogen

Conduitele agresive

Conduitele agresive de factură antisocială reprezintă tipuri de dezechilibru psihosocial endogen, manifestate în comportamentul membrilor grupului comunitar uman fie sub forma autoagresivității suicidare, fie sub cea a heteroagresivității homicidare (C. Lombroso, E. Durkheim, M. Halbwachs, G. Tarde, K.A. Menninger, E. Stengel, M. Minovici, M. Quidu, H.L.P. Resnik, E. Ringel, M. Guttmacher, T.C.N. Gibbens, C. Enăchescu, A. Retezeanu și V. Dragomirescu).

Această categorie de conduite se manifestă ca pulsiuni morbide de violență prin schimbarea atitudinii față de sine sau față de lume, față de valorile modelului sociocultural și moral-religios, legate de situații tensional-conflictuale, sau scăderea simțului moral.

Toxicomaniile

Toxicomaniile sunt cauzate de anumite stări de dezechilibru psihosocial și cultural-moral ce determină schimbări de atitudine față de viață și față de propria persoană, tendința către „ieșirea din realitate", pe care individul nu o mai acceptă, „căutarea unei alte realități" într-o lume imaginară a iluziilor. Este o formă de comportament de retragere-refugiu, dar și de dezertare de la lupta cu viața. O atitudine de pasivitate.

Apetența pentru consumul de droguri apare, de regulă, în perioada de criză a adolescenței, în cursul formării și căutării identității propriului Eu. Apelul la droguri este cauzat de absența unui model, de regulă parental/familial, și de imitarea automată a unor „(pseudo)modele", prin integrarea în grupurile marginale de adolescenți delincvenți. Acest tip de comportament este favorizat de stările de anomie socială, de slăbirea sau chiar absența controlului familial și școlar al tinerilor, schimbările socioculturale, devalorizarea modelelor morale, dificultatea comunicării, frustrări, carențe educațional-afective, stări complexuale.

Profilul personalității și modelul de comportament ale toxicomanilor se caracterizează prin următoarele aspecte: viață dezordonată, conduite antisociale de factură sociopatică, acțiuni infracționale (șantaj, furt, violență), vagabondaj, prostituție, consum de droguri, slăbirea caracterului, nesiguranța de sine, nevoia de asociere cu indivizi asemănători lor.

Toxicomaniile reprezintă forme severe de dezorganizare psihosocială a grupurilor comunitare, ele scoțând din circuitul social, familial, școlar, profesional numeroși indivizi. Un aspect important este tendința spre imitație din curiozitate sau ca „modă" a consumului de droguri. Aceste elemente grave, prin alterarea stării de sănătate mintală, dar și prin influențele negative pe care le exercită asupra societății, ridică serioase probleme, la rezolvarea cărora igiena mintală are o contribuție majoră.

Sindromul de izolare comunitară

Sindromul de izolare comunitară apare ca o formă particulară de comportament, individual sau de grup, în condițiile schimbării mediului social obișnuit, personal, ca o impresie legată de situația de marginalizare sau excludere care vine din partea majorității.

Acest tip de atitudine/comportament are la bază frustrări reale sau imaginare, legate de incapacitatea de a se integra în noul mediu social sau de a se pune de acord cu normele modelului sociocultural. Inițial, apare o atitudine de retragere sau de rezervă, ca formă de autoapărare, ce se va transforma treptat într-o situație de izolare socială, închidere în sine protectoare la început, ulterior patologică, care poate genera în timp sentimentul de persecuție/urmărire/ostilitate din partea majorității. Se notează în plus prezența unei stări de tensiune și neliniște interioară, nostalgia trecutului, apar coșmaruri, iritabilitatea și instabilitatea emoțională, anxietatea, sentimentul izolării/marginalizării.

Aceste situații pot surveni în condițiile de viață din internatele școlare, cămine, din cursul efectuării stagiului militar, în orfelinate.

Sindromul delirant-anomic

Această formă de tulburare a stării de sănătate mintală colectivă apare în cazul stărilor de criză socială, de anomie, prin dezorganizarea structurilor sociale, prăbușirea instituțiilor, pierderea reperelor valorice sociale, culturale și moral-religioase ale modelului normativ sociocultural. În aceste condiții, se produc, ca o consecință a dezorganizării sociale, o scădere până la anulare a coeziunii sociale, incomunicabilitatea, dezorientarea și anarhia, erupția conduitelor antisociale, a violenței. Toate aceste aspecte care schimbă „fața societății" se vor reflecta în modul de a gândi, a simți, a acționa și a se comporta al oamenilor.

Impresia de absurd pe care o dă această stare de fapt va produce o alienare socială. Se vor căuta forme de explicare a acestor stări de criză, precum și soluții de salvare. De regulă, absența reperelor firești va face ca soluțiile să fie imaginare, utopice, la fel de absurde ca și situația existentă. Mentalitatea socială va fi înlocuită cu miturile sociale. Acestea vor avea un efect negativ, de subliniere a stărilor de fapt, generând o culpabilizare socială colectivă. În aceste „momente de criză" apar „salvatorii", care preiau „problemele", „frustrările" și „culpabilitatea" colective pentru a restaura ordinea lumii. Ne aflăm într-o atmosferă de delir colectiv.

În plan comunitar, asistăm la crize de isterie colectivă, idei de urmărire/pericol, fanatism religios sau de altă natură, culpabilizări ale minorităţilor, conduite agresive de factură expiatorie etc. Acest tablou sociopsihiatric, ce configurează imaginea tipică a *psihozelor colective*, se datorează pierderii sau anulării forţelor de control şi normare a modelelor de gândire, sensiblitate şi comportament/acţiune ale comunităţilor umane. Restabilirea ordinii sociale, atribuirea valorilor cultural-morale şi religioase reinstaurează ordinea şi refac starea de sănătate mintală comunitară alterată.

Sindromul de sinistraţie

Acest sindrom de dezorganizare a stării de sănătate mintală comunitară se produce în situaţiile de catastrofe naturale ale mediului fizic sau social (inundaţii, erupţii vulcanice, cutremure, secetă) sau catastrofe produse de activitatea umană şi de tehnologiile moderne (poluări industriale, accidente nucleare, experimente nucleare militare etc.).

Din punct de vedere psihologic, aceste situaţii declanşează următoarele tipuri de manifestări morbide: panică colectivă, iluzii şi halucinaţii, viziuni, nelinişte anxioasă, tulburări de comportament, dificultăţi de adaptare socială, tulburări afectiv-emoţionale, interpretare pseudodelirantă a evenimentelor ca forme de „pedeapsă divină pentru păcatele oamenilor" etc. Aceste forme de manifestare, ca, de altfel, şi unele dintre cele descrise mai sus, reprezintă *reacţii de apărare-retragere* din faţa unor evenimente şi situaţii-limită, închise, ale vieţii, inacceptabile şi nefireşti. Aceste aspecte au o importanţă majoră în evaluarea stării de sănătate mintală colectivă şi interpretarea formelor de organizare şi dezechilibru psihosocial pentru adoptarea unor strategii de acţiune de igienă mintală, aşa cum vom arăta în cele ce urmează.

Capitolul 30

Psihoigiena conduitelor antisociale

1. Conduitele deviante

Sfera igienei mintale nu se limitează la formele stricte ale bolii psihice, aşa cum sunt ele definite, descrise şi clasificate de nosologia psihiatrică. Ea îşi extinde interesul asupra tuturor formelor de manifestare a anormalului, atât în ceea ce priveşte persoana, sfera individualului, cât şi comunitatea umană, sfera socialului.

Nu trebuie făcută însă, în cazul acesta, o „egalizare" a cadrelor nosologiei psihiatrice cu formele de manifestare de tip aberant, deviant sau sociopatic a conduitelor sau acţiunilor psihosociale ale indivizilor. Ele au o cu totul altă semnificaţie, un alt determinism, alte caracteristici şi, în plus, un alt mod, diferit de cel clinico-medical, de rezolvare. În sensul acesta, nu măsurile medico-psihiatrice sunt cele care pot rezolva situaţia, ci măsurile de igienă mintală.

Nu trebuie să „psihiatrizăm" societatea, dar datele furnizate de psihologie, psihiatrie şi igiena mintală constituie un suport indispensabil înţelegerii şi interpretării manifestărilor de tip aberant, sociopatic, ce există în orice societate.

În general, se ştie că societatea recunoaşte devianţa, însă nu şi direcţia devianţei. Diferitele societăţi tolerează în mod diferit formele devianţei, dar, în orice situaţie, se observă o intoleranţă de ordin moral, religios, juridic, social, de tip represiv faţă de devianţă. Se creează, astfel, un „sistem social", o veritabilă mentalitate cu privire la natura şi formele devianţei, la pericolul său antisocial şi măsurile de prevenire şi reprimare ale acesteia.

Se consideră că *devianţa* este ceea ce, într-o societate, se opune *conformismului*. Devianţa este legată de tot ceea ce e restrictiv necesar în acţiunile individuale şi de care individul este răspunzător (E. Sagarin). În această categorie sunt incluşi indivizii imorali, corupţi, criminali, huligani, toxicomani, prostituatele, homosexualii, sinucigaşii, fanaticii etc. (A. Cohen, A. Gouldner, H. Becker, J. Henslin).

Majoritatea specialiştilor sunt de acord cu faptul că devianţa reprezintă o formă de comportament anormal, care vine în contradicţie cu normele admise de societate, având caracter de violenţă, producând dezaprobare, frică şi indignare (I. Reiss, A. Cohn, E. Sagarin). Devianţa poate privi atât individul, cât şi grupele de indivizi constituite în „bande de delincvenţi", ambele situaţii având modele de comportament antisociale, care contravin modelelor de toleranţă instituţionalizate în cadrul unei societăţi (M. Clinard, T. Parsons, D. Black şi A. Reiss, H. Becker).

Pentru E. Schur, devianţa implică un mod particular de „a fi" sau de „a face" al individului, cu caracter deviant în raport cu normele impuse de societate, ce apare în

cadrul comportamentului acestuia şi face ca persoana respectivă să se discrediteze în raport cu normele morale, religioase şi social-juridice ale grupului social căruia îi aparţine.

L.T. Wilkins realizează o sinteză a teoriilor referitoare la devianţă, distingând următoarele:

a) cauzalitatea multiplă, care consideră devianţa ca fiind legată de numeroşi factori;
b) asociaţia diferenţială (E.H. Sutherland şi D.R. Cressey), care se mai numeşte şi „principiul asociaţiei diferenţiate" şi constă în ideea că orice comportament deviant este un tip de „comportament învăţat" prin imitaţie şi contact cu altele similare;
c) teoria anomistă (E. Durkheim), care leagă devianţa de anomia socială;
d) teoria întregirii (B. Bernstein), bazată pe conceptele sociologice şi constând în asimilarea unor atitudini de tip delictual.

R.A. Dentler şi K.T. Erickson propun trei ipoteze în geneza comportamentului deviant:

a) comportamentul deviant tinde să fie indus, permis şi susţinut de un anumit tip de grup social favorizant;
b) funcţiile comportamentului deviant ajută la menţinerea stabilităţii grupului respectiv;
c) grupul poate rezista numai prin calitatea de a fi deviant a comportamentului membrilor săi.

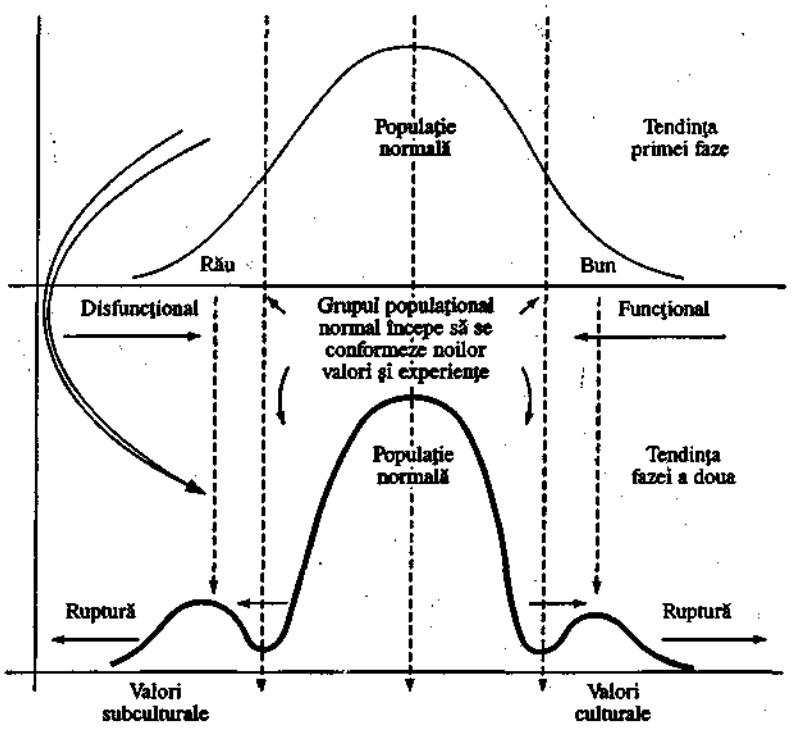
Se poate remarca din cele de mai sus o corelaţie dinamică între conduitele de tip deviant antisociale şi evoluţia societăţii în direcţia „nonvalorilor" sau a „valorilor subculturale", în raport cu o stare de anomie socială, devalorizarea modelului etic, sociocultural, creşterea contradicţiilor, a tensiunii şi a conflictelor sociale etc.

J.I. Kitsuse şi D.C. Dietrick descriu chiar o dinamică a acestor aspecte, după cum urmează:

→ scăderea toleranţei
↓
mărirea numărului actelor de tip antisocial
↓
scăderea acţiunilor împotriva criminalităţii
↓
creşterea alienării prin devianţă
↓
creşterea criminalităţii prin grupele deviante
↓
presiunea grupurilor deviante asupra societăţii

Relaţia dinamică dintre sistemul social deviant şi cel subcultural are două faze, după cum reiese şi din schema de mai jos.

Din analiza schemei se poate desprinde faptul că un grup populaţional, considerat normal în raport cu valorile modelului său sociocultural, începe treptat să se conformeze noilor valori şi experienţe oferite de un model sociocultural alienant, situaţie care rupe echilibrul social dintre „funcţional" şi „disfuncţional" în favoarea proliferării deviaţiei.

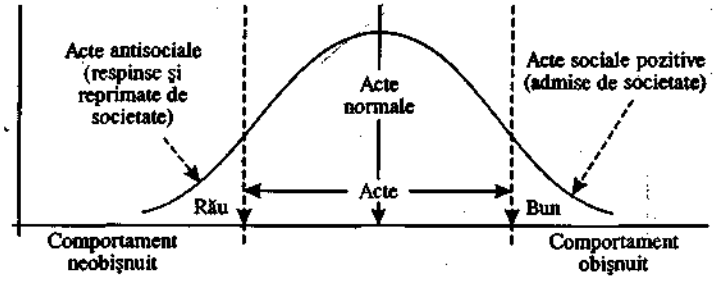


Datorită aspectelor sale complexe şi polimorfe, nu se pot face afirmaţii absolute şi definitive şi nici nu se pot crea formule standard în privinţa devianţei. Fiecare formă de societate defineşte şi configurează un model propriu de „individ", membru al societăţii respective, căruia îi corespunde un anumit tip de comportament, „oferit" ca model de societatea căreia acesta îi aparţine. Diferitele societăţi definesc în mod diferit tipul de personalitate deviantă. Devianţa este o formă de comportament uman, psihosocial şi ea trebuie privită şi analizată, în ceea ce priveşte semnificaţia sa, în „interiorul" comportamentului general uman, şi nu separat de acesta. De aici rezultă că nu se poate face o demarcaţie netă între devianţă şi comportamentul conform normelor sociale, aceasta fiind extrem de relativă.

Normal este considerat comportamentul psihosocial al majorităţii populaţiei unei colectivităţi umane, conform normelor social-juridice şi valorilor modelului cultural. Tot ceea ce se situează în afara acestor *limite-cadru* sunt forme neobişnuite de comportament. Unele dintre ele au caracter antisocial (devianţa), altele nu. Primele au un caracter rău, negativ din punct de vedere etico-social, celelalte sunt bune, pozitive sub aspect etico-social.

Rezultă din cele de mai sus faptul că, în înţelegerea sociopatiilor, un rol esenţial îl are conceptul de „normă socială". Normele sunt reperele comportamentului uman manifestat

în orice fel de situaţie sau acţiune. Comportamentele conforme normelor se numesc *normative*, ceea ce însă nu trebuie confundat cu normalul (E. Sagarin, A. Cohen, E.E. Schur). Orice individ poate fi o persoană care utilizează, transformă sau creează normele sociale, cum, de asemenea, în egală măsură poate să le violeze. Mulţi indivizi sunt angajaţi în acţiunea de creare a normelor sociale, de inovare sau inventare a acestora sau, dimpotrivă, prin modul lor de viaţă, comportament sau acţiune, ei violează aceste norme. Această din urmă categorie de devianţi sunt sociopaţii. Devianţa este o violare a normelor sociale care constituie ghidul comportamentului (E. Sagarin). Din aceste considerente, societatea etichetează astfel de conduite ca având un caracter negativ, antisocial, de tip deviant şi le condamnă (H. Becker, J. Lofland).



Un alt tip de comportament, înrudit cu cel *deviant*, dar diferit de el, este cel *marginal*. Acesta din urmă, deşi se situează în afara limitelor modelului cultural, nu este condamnat de societate. Indivizii care adoptă un asemenea comportament sunt nişte „înstrăinaţi" de grupul social, care se autoizolează, devenind diferiţi, bizari şi nedoriţi de ceilalţi membri ai societăţii (H. Becker).

Se pune problema dacă trebuie să considerăm devianţa ca anormalitate sau dacă anormalitatea este o formă de devianţă. Referitor la problema anormalităţii am mai discutat şi nu vom reveni. *Anormalitatea* presupune o tulburare de ordin structural sau funcţional a organismului, a corpului sau a psihicului, pe când *devianţa* presupune o tulburare de funcţionalitate a relaţiilor sociale. Devianţa este o diminuare a competenţei sociale, a capacităţii de adaptare socială a individului, pe când anormalitatea e o diminuare a capacităţilor somatice şi psihice ale individului, ambele judecate astfel de opinia societăţii (E. Sagarin). Factorul de referinţă în aceste situaţii este reprezentat de sistemul de valori socioculturale şi morale ale modelului social căruia îi aparţine individul.

Un alt aspect al vieţii sociale care se discută în relaţie cu devianţa este *excentricitatea*. Ea trebuie considerată ca o formă particulară de „a fi" în raport cu ceilalţi, dar care nu contravine flagrant normelor sociale. Distincţia dintre devianţă şi excentricitate este similară cu distincţia dintre devianţă şi neconvenţionalism (J. Katz, E. Sagarin).

Din cele de mai sus se desprinde faptul că, ori de câte ori se discută problema *devianţei*, aceasta implică trei dimensiuni: dimensiunea socială, legată de conformitatea adaptării individului la valorile normative ale modelului sociocultural; dimensiunea psihologică, legată de motivaţiile şi scopul comportamentului individual; aspectele psihopatologice, legate de descărcarea pulsional-agresivă a tendinţelor antisociale ale individului.

Pe aceste considerente, problema devianţei nu poate fi înţeleasă decât prin tripla abordare a acesteia: din punct de vedere social, psihologic şi psihiatric. O contribuţie importantă în această problemă revine acţiunii de igienă mintală.

Conduitele deviante, ca şi cele de ordin sociopatic şi conduitele normale, pozitive, îşi au originea în aceleaşi forme de „viaţă sufletească", reprezentate prin instincte, pulsiuni, trebuinţe. Însă direcţia de manifestare pe care acestea o iau diferă în raport cu factorii formativ-modelatori ai modelului sociocultural şi cu educaţia.

Studiile statistice au pus în evidenţă faptul că în orice comunitate social-umană există, pe lângă *indivizii normali*, o categorie de indivizi cu tulburări psihice – *bolnavii mintal* – şi o altă categorie de indivizi cu tulburări de comportament de tip deviant, antisocial – *sociopaţii*. Dintre bolnavii psihic, numai o mică parte sunt internaţi în spitalele de psihiatrie. Restul bolnavilor mintal şi sociopaţii trăiesc în libertate, amestecaţi cu indivizii consideraţi normali (H. Damaye). Acest procent de „anormali" ridică probleme serioase atât pentru ei, cât şi pentru restul membrilor societăţii respective. Din aceste considerente, „psihiatria are un rol de primă importanţă în igienă şi sociologie" (H. Damaye).

Desigur că nu ne este permis să „medicalizăm" sau, şi mai mult, să „psihiatrizăm" colectivităţile umane, dar trebuie să ţinem seama de dimeniunea psihosocială şi sociopsihiatrică a comunităţilor umane în interpretarea comportamentelor şi acţiunilor atât individuale, cât şi colective.

Este cunoscut faptul că, în afara factorilor individuali, de ordin psihogen sau personogenetic, un rol deosebit în apariţia tulburărilor psihice îl joacă mediul social, demogeneza, legată în principal de factorii „represivi-modelatori" ai modelului sociocultural: instituţii, mod de viaţă, tradiţii, nivel economic, într-un cuvânt, factorii sociogenetici sau demogenetici.

În sensul acesta punând problema, se deschide o perspectivă nouă de înţelegere şi interpretare a manifestărilor anormale de comportament în relaţiile sociale, lărgindu-se considerabil cadrul psihiatriei clinice, fără însă a „psihiatriza" societatea. În acest domeniu, igiena mintală are un rol esenţial. Să căutăm prin urmare să definim conceptele fundamentale la care facem referinţă.

Boala psihică, la fel ca *devianţa* şi *sociopatia*, se defineşte în raport cu starea de *normalitate*.

Boala psihică este *anormalitatea clinică* produsă fie de o tulburare somatică (leziuni organice cerebrale), fie de o tulburare psihică primară, de natură endogenă, sau de un conflict exogen.

Devianţa este *anormalitatea comportamentului* produsă prin devieri sau abateri de la normele de conduită socială impuse de modelul sociocultural şi moral, având ca urmare acte antisociale.

Sociopatia este o *anormalitate* a *personalităţii sociomorale* a individului, care reprezintă condiţia sau terenul favorabil pentru apariţia conduitelor de tip deviant.

După cum se poate vedea din cele de mai sus, avem de-a face cu trei concepte bine individualizate. În sensul acesta, nu toate bolile psihice pot avea un caracter antisocial, fapt care ne interzice să etichetăm sau să confundăm devianţa cu boala psihică. În egală măsură, nu trebuie ca la originea devianţei sau a sociopatiei să punem o „cauză pihiatrică", „medicalizând" nişte manifestări nepsihiatrice, în sens clinico-medical. Este foarte adevărat că există şi cauze psihiatrice care pot duce la structuri sociopatice ale personalităţii şi conduite deviante, aşa cum sunt ele întâlnite în cazul sociopaţilor amorali

sau al constituţiilor perverse, dar acestea se vor înscrie tot în sfera devianţei, chiar dacă pot beneficia şi de un tratament psihiatric coroborat cu măsurile de resocializare sau de socioterapie.

Trebuie evitată mentalitatea de „a vedea peste tot nebuni", spune H. Damaye, preferând să facă o distincţie între „tulburările psihice" şi „tulburările morale". În sensul acesta, psihiatria şi morala vin să se completeze reciproc, „educaţia morală făcând parte din sfera sănătăţii publice" (H. Damaye), iar „psihiatria va fi una dintre bazele moralei. Igiena şi profilaxia sunt singurele domenii cu adevărat capabile de a îmbunătăţi inteligenţa, mentalitatea, moralitatea în societatea umană civilizată. Ştiinţa implică atât educaţia sentimentelor, cât şi pe aceea a inteligenţei propriu-zise şi a voinţei".

În ceea ce priveşte originea conduitelor deviante, există două puncte de vedere referitoare la cauzele care le produc:

a) *sociogeneza* sau *demogeneza*, care consideră că societatea nu este numai inhibitoare, ci şi prescriptivă (M. Opler); omul nu se realizează pentru sănătate (ca şi pentru boală) decât în conformitate cu un anumit număr de variabile socioculturale (copilărie, educaţie, modelele imitate, formare spiritual-morală etc.);
b) *personogeneza*, care consideră că atât sănătatea mintală, cât şi boala psihică sunt legate de factori individuali: constituţie (biopsihotip), ereditate, temperament, educaţie etc.

Importante sunt trăsăturile ce diferenţiază bolnavul psihic de deviantul sociopatic. *Bolnavul psihic* se retrage din lume, îşi îngustează relaţiile interumane, boala psihică rupe contactul vital cu realitatea. Individul se izolează, mergând până la închiderea în sine morbidă, autistă şi adoptarea unei conduite-atitudini de tip narcisic. *Deviantul sociopatic* ignoră normele sociale şi posibilităţile represive ale societăţii, utilizând victimizarea celorlalţi ca ură a propriilor sale satisfacţii, localizând răul în sistemul social, şi nu în persoana sa. Prin aceasta, el devine atât un dependent social, cât şi o persoană antisocială.

Elementul esenţial al devianţei este „dezechilibrul moral", care antrenează modificări psihice de comportament şi conştiinţă secundare. La deviantul sociopatic, anomalia de personalitate se traduce prin dificultăţi de adaptare sau printr-o permanentă stare de inadaptare la normele şi legile vieţii sociale. Această stare este cunoscută sub numele de „dezechilibru psihosociopatic", „personalitate antisocială", „sociopatie".

Prin incapacitatea şi instabilitatea care-l împiedică să se integreze în comunitatea umană, starea de „dezechilibru moral" al sociopatului se deosebeşte de „dezechilibrul psihic" al bolnavului mintal. Sociopatul este antisocial şi din acest motiv societatea îl refuză, îl reprimă prin legi, pe când bolnavul psihic este ocrotit de societate şi internat în instituţii medicale de specialitate în scopul recuperării lui. Se poate vorbi de o reeducare socială în cazul sociopatului, dar care este cu totul altceva decât recuperarea bolnavilor psihic. Important este însă faptul că în ambele situaţii o valoare deosebită o au măsurile de igienă mintală, aşa cum se va vedea mai departe.

Deviantul sociopatic prezintă un profil propriu al personalităţii, marcat de aspectele psihosociale de tip deviant, care-l deosebesc de bolnavul mintal. Semiologia deviantului sociopatic este reprezentată prin următoarele grupe de manifestări:

- un anumit stil de existenţă, caracterizat prin: instabilitate, impulsivitate, inadaptabilitate, tendinţă spre mitomanie, disimularea actelor comise;

- o copilărie tulburată, cu: alternanţă între apatie şi surescitare, activitate şcolară neregulată, acte de indisciplină, crize de mânie, fugă;
- accentuarea acestor tulburări în perioada adolescenţei, când apar: conflicte cu autoritatea (părinţi, educatori), instabilitatea sau inegalitatea şcolară urmată de eşecuri, frecventarea unor grupuri marginale sau delictuale (furt, lovire), frecvenţa fugilor, nomadismul, tentative de suicid, consumul de alcool, prostituţia sau homosexualitatea, sustragerea de la executarea serviciului militar, dezertări din armată, stări reactive etc.;
- la adultul sociopat remarcăm următoarele trăsături de personalitate: accentuarea stării de instabilitate, dificultăţi considerabile de integrare sociofamilială sau profesională, traiul din expediente, acţiuni delictuale nete, un mod de viaţă parazitar, egoism şi instabilitate afectivă, tendinţa spre emigraţie şi aventuri, fuga de responsabilitate.

Pe acest fond de personalitate, la deviantul sociopatic pot apărea diferite forme psihopatologice pure, manifestate prin: crize de agresivitate clasică de tip auto- sau heteroagresiv; stări depresive legate de vidul de existenţă sau stări ipohondriace; acte suicidare; alcoolism sau diverse alte forme de toxicomanii; stări reactive diferite; bufee delirante legate de o puternică motivaţie afectivă.

2. Agresivitatea

Caracteristica de personalitate cea mai importantă care îşi pune amprenta pe conduita socială şi actele devianţilor sociopaţi este *agresivitatea*.

Trăsătură fundamentală a fiinţelor vii, agresivitatea se manifestă în două direcţii (A. Porot): acte cu caracter ostil, distructiv sau răufăcător, îndreptate fie către exterior (heteroagresivitate), fie către sine (autoagresivitate); tendinţe active, îndreptate către exterior, care constau în afirmarea de sine, având caracter posesiv şi constructiv.

Se poate desprinde de mai sus faptul că agresivitatea este legată de satisfacerea nevoilor esenţiale ale vieţii, punct de vedere însuşit de psihanaliză. S. Freud vorbeşte chiar de două instincte fundamentale: instinctul vieţii, Eros, având la bază pulsiunile sexuale, şi instinctul morţii, Thanatos, având la bază pulsiunile agresive.

Agresivitatea poate fi constituţională (temperament impulsiv, violent) sau dobândită, de tip accidental (traumatisme cranio-cerebrale, epilepsie, alcoolism, toxicomanii etc.).

Agresivitatea este o structură pulsională proprie individului. Ea trebuie considerată din acest motiv, o stare psihologică de natură potenţială, putându-se oricând manifesta în conduitele sau actele individului, în funcţie de circumstanţele vieţii acestuia.

Am văzut în ce constă agresivitatea. Majoritatea autorilor o leagă însă de acea formă prin care ea se *exteriorizează* şi se *impune* în afara individului. Prin aceasta, ea implică o acţiune exterioară şi un anumit tip de relaţii cu societatea. Forma cea mai frecventă şi mai directă, mai brutală prin care se obiectivează agresivitatea, ca potenţial uman, este *violenţa*. Violenţa este una dintre trăsăturile agresivităţii personalităţilor deviante şi a sociopaţilor. Sfântul Toma d'Aquino, preluând teza lui Aristotel, spune că violenţa este *„quod est contra inclinationem rei"*, „ceea ce se opune naturii lucrurilor", sau, în sens mai extins, *„Violentum est cujus principium est extra, nullam conferente vim passo"*. Ceea ce are importanţă pentru psihoigienă este agresivitatea ca acţiune şi comportament de tip violent.

Din cauza numeroaselor aspecte pe care le implică şi a punctelor de vedere divergente în această problemă, definirea violenţei este destul de dificilă. Se pot însă observa trei direcţii de definire a violenţei (Y.A. Michaud):

a) *violenţa* considerată ca o *stare de dezordine* e o formă coruptă a puterii sau un abuz de putere contrar voinţei altora; o armată disciplinată este expresia *forţei*, pe când o masă răsculată haotic este expresia *violenţei* (J. Freud);
b) *violenţa* considerată ca o *formă de comportament* produce vătămări corporale sau sufleteşti celor asupra cărora acţionează; deşi *violenţa* implică *forţa*, ele sunt concepte separate; forţa presupune ameninţarea utilizării violenţei, pe când violenţa este actul în sine prin care forţa se realizează ca acţiune asupra altuia (H.D. Graham şi T.R. Gurr);
c) *violenţa* ca *acţiune de control*, în sensul de constrângere a acţiunilor sociale aplicată de anumite persoane sau forţe social-politice asupra restului societăţii în scopul obţinerii unor modele specifice de comportament, acţiune sau a unei mentalităţi colective identice (E. Converse).

Pentru G. Sorel, violenţa este forma caricaturală şi degenerată a forţei.

Important este însă faptul că *agresivitatea* se manifestă în act sub două forme: *forţa* şi *violenţa*. Ambele sunt suportul unor manifestări antisociale, cu implicaţii asupra stării de sănătate mintală individuală sau colectivă, necesitând măsuri de igienă mintală.

Formele cele mai importante ale agresivităţii sunt:

a) *autoagresivitatea* sau violenţa îndreptată împotriva propriei persoane, manifestată prin: automutilări, acte de suicid, toxicomanii, alcoolism;
b) *heteroagresivitatea* sau violenţa îndreptată împotriva celorlalţi, manifestată prin: agresivitate verbală; viol sau atentatul sexual la persoanele de sex opus ori de acelaşi sex, atât adulţi, cât şi copii (acesta este un tip de manifestare brutală, egoistă şi materială din partea bărbatului, care îi neagă femeii dreptul de a dispune liber de propria persoană; actul violului are un caracter sadic-agresiv); criminalitatea sau omuciderea reprezintă actul de provocare a morţii unei alte persoane – motivele pot fi afective (gelozia, ura, pasiuni diferite), nevoile utilitare (câştig, furt, obstacole) sau sociale (răzbunări, revoluţii etc.); când crima are un caracter de masacru în masă, ea îmbracă forma genocidului.

3. Tipurile de conduite deviante

Referitor la formele de conduite deviante s-au purtat numeroase discuţii, acestea fiind interpretate din puncte de vedere diferite, de regulă unilaterale: psihologic, sociologic, moral, cultural etc. Din aceste considerente, problema conduitelor deviante este deosebit de „încărcată", generând controverse.

Noi considerăm că elementul central care trebuie luat în considerare, ori de câte ori se vorbeşte despre conduitele de tip deviant, este „Eul individual", în primul rând, *dinamica* şi *structura* acestuia. Din această perspectivă, *devianţele* trebuie considerate ca reprezentând o „problematică a Eului", diferită de patologia psihiatrică a persoanei şi în raport direct cu igiena mintală. Mai mult decât atât, putem afirma chiar, într-o anumită privinţă, că *devianţa* trebuie considerată nu în raport cu *patologia*, ci cu *normalitatea*, ea fiind un tip particular de *abatere*, aspect asupra căruia, de altfel, am insistat.

Admiţând acest lucru, se face o distincţie netă între *devianţă* şi *boala psihică*. Dar, pe când devianţa este o abatere de la normalitate, boala psihică e o alterare a stării de sănătate mintală (aspecte ce au fost deja dezbătute în capitolele anterioare).

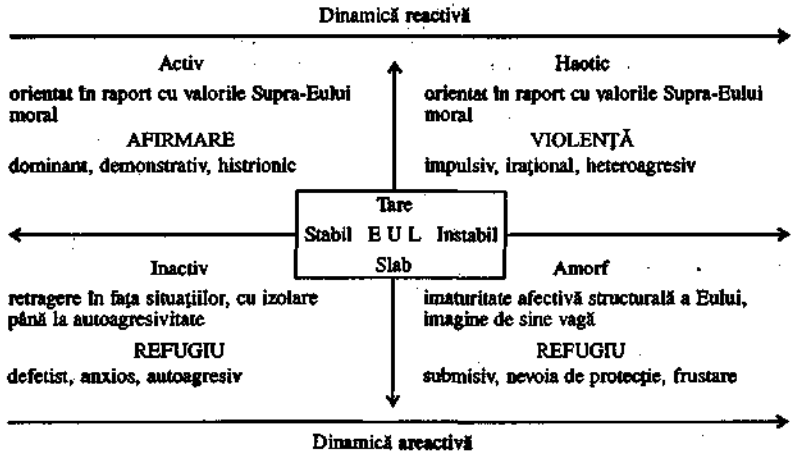
Fiind abateri de la normalitatea psihică, devianţele se depărtează de media admisă a normalităţii. Deşi, de regulă, au un caracter negativ, ele pot fi şi abateri cu caracter pozitiv, în funcţie de circumstanţele în care se află Eul individual. Prin aceasta, devianţele îşi pot găsi o formă de interpretare în raport cu situaţiile-limită de viaţă, în sensul menţionat de K. Jaspers, dar, raportate la Eul individual, ele sunt şi expresia unei personalităţi-limită, despre care am vorbit.

Pornind de la aceste elemente, vom lua în considerare structura şi dinamica Eului individual. În sensul acesta, distingem:

1. Eul de *tip tare*, cu o *dinamică reactivă*, situaţie în care „abaterea" de la normalitate se poate manifesta fie sub forma „afirmării", fie sub forma „violenţei"; afirmarea este latura activă a Eului tare, orientat în raport cu valorile Supra-Eului moral; ea se caracterizează prin dominanţă, demonstrativitate şi histrionism; *violenţa* este latura haotică a Eului tare, orientat în raport cu pulsiunile primare inconştiente; ea se caracterizează prin impulsivitate, caracter iraţional nereflexiv şi heteroagresivitate;
2. Eul de *tip slab*, cu o *dinamică areactivă*, situaţie în care „abaterea" de la normalitate se poate manifesta fie sub forma „refugiului", fie sub forma „dependenţei"; refugiul este latura inactivă a Eului slab, caracterizată prin retragerea din faţa situaţiilor vieţii şi izolare până la anularea autoagresivă a individului; ea se caracterizează prin defetism, anxietate, autoagresivitate, pierderea încrederii şi devalorizarea propriei persoane.

Dependenţa este latura amorfă a Eului slab, caracterizată prin imaturitatea afectivă a persoanei, care nu atinge gradul de realizare completă, lipsa unei imagini de sine stătătoare, a unei valori personale; ea se caracterizează prin submisivitate, nevoia de protecţie (neputând exista independent, ci numai prin alţii), frustrare.

Această orientare schematică poate servi ca o sinteză pentru înţelegerea structurilor şi a conduitelor deviante ale persoanei umane. Aspectele mai sus menţionate sunt redate sintetic în schema de mai jos.



Referitor la tipurile de conduite deviante, au fost propuse numeroase clasificări. După L.T. Wilkins, aceasta reprezintă mai mult o încercare teoretică, întrucât „modelul devianţei" derivă tot din „modelul de comportament", care este reglat de normele valorice ale modelului sociocultural specific societăţii. Autorul citat crede că se poate formula un model general al devianţei pornind de la următoarele postulate: persoanele tind să se comporte în conformitate cu situaţiile şi lucrurile aşa cum percep ele că ar fi; distincţia între ceea ce este legitim şi ceea ce e ilegitim depinde de modelul cultural; se poate face o distincţie între legitimitatea şi ilegitimitatea oportunităţilor; dacă balanţa dintre oportunităţile legitime şi cele ilegitime rămâne constantă, creşterea devianţei tinde să varieze în raport cu numărul de oportunităţi; normele reprezintă tendinţe culturale.

Aşa cum se poate desprinde din cele discutate, conduitele de tip deviant prezintă o paletă extrem de variată şi complexă de manifestări comportamentale, reacţii, atitudini şi acţiuni, care, prin caracterul lor, se opun formelor de conduită conforme normelor socioculturale, juridice şi moral-religioase ce reprezintă aspectul normal al acestora. Din aceste considerente, trebuie să acceptăm faptul că *devianţa* reprezintă efectul acţiunii unor „modele negative" asupra persoanei umane, care, plecând de la ele, a „interiorizat antivalori".

Modelele negative sunt acceptate cu uşurinţă de o anumită categorie populaţională (persoane frustrate, complexate, cu carenţe afective şi educaţionale, lipsite de familie etc.), care, prezentând probleme serioase de *identitate* şi *formare a personalităţii*, aderă cu uşurinţă la „modelele negative", de regulă ale unor *grupuri marginale* în care sunt acceptaţi, cu care se identifică, unde găsesc protecţie, se simt securizaţi şi care oferă satisfacţii facile şi imediate.

Modelele negative, prin absenţa valorilor morale, culturale şi sociale, formează personalitatea într-o direcţie antisocială. *Persoanele marginalizate* se simt refuzate de societate şi, la rândul lor, refuză normele sociale. Nu se pot adapta, nu pot comunica/relaţiona cu ceilalţi, nu pot desfăşura o activitate practică utilă etc. Acest *conflict* al „integrării psihosociomorale" va fi urmat de conduite antisociale specifice personalităţilor de tip deviant. Trebuie să adăugăm faptul că, dincolo de „dispoziţiile ereditar-constituţionale" ale unora dintre aceşti indivizi, un rol important revine *factorilor sociali* (situaţii de criză socială, anomie, deteriorarea nivelului de viaţă, schimbări social-politice, războaie, revoluţii, cataclisme naturale etc.). Toate acestea contribuie la configurarea *tipurilor de devianţă*.

Deşi devianţa prezintă, cum spuneam, o varietate extrem de mare de forme şi manifestări, am reţinut următoarele *tipuri de conduite deviante*, după cum urmează:

1. *conduitele de tip agresiv*, caracterizate prin agresivitatea manifestată sub formă de *acte de violenţă*, fie că este vorba despre *acte de autoagresivitate* (suicid, automutilări), fie că este vorba despre *acte de heteroagresivitate* (criminalitate, viol);
2. *conduitele de dependenţă*, caracteristice personalităţilor deviante slabe, imature, cu înclinaţii către parazitism social şi reprezentate prin *cerşit* sau *prostituţie*;
3. *conduitele de refugiu*, ce caracterizează refuzul de sine, dar şi refuzul societăţii, al celorlalţi, incapacitatea de a se putea fixa a individului, dar şi de a comunica, nevoia de schimbare ca o „căutare a unei protecţii" de factură imaginară; în acest grup sunt incluse, ca manifestări de refugiu exterior, *fuga*, *vagabondajul* şi migraţiile, iar ca manifestări de refugiu interior, *alcoolismul* şi *toxicomaniile*;

4. *conduitele revendicative* sau conduitele de protest, legate de refuzul ordinii sociale, al normelor şi legilor, care sunt resimţite ca opresive; acest tip de manifestări, plecând de la simple revendicări protestatare de masă (greve, mitinguri, adunări, marşuri de protest etc.), se pot transforma în acţiuni ample, de violenţă colectivă (revoluţii, războaie civile);
5. *conduitele autopunitive*, ce sunt „întoarceri sadomasochiste" către sine ale individului sau ale grupurilor de indivizi, prin care se caută a se atrage atenţia unor „autorităţi" (care, în felul acesta, sunt *culpabilizate*) către situaţia precară a protestatarilor (ce se consideră *victime*); în rândul unor astfel de „conduite ale disperării" se înscriu *greva foamei* şi *autocombustia*; ele au, în acelaşi timp, şi caracterul unui „spectacol care impresionează", atrăgând simpatia faţă de cei ce-l practică şi proiectând antipatia lor asupra „autorităţilor" în scopul obţinerii unor avantaje;
6. *conduitele vindicative*, care sunt conduite antisociale de maximă violenţă şi de o extremă gravitate; ele se caracterizează prin acţiuni motivate de ură şi dorinţa sadică de distrugere a celorlalţi în scopul impresionării adversarului, al creării unei atmosfere de panică, teroare, nesiguranţă, tensiune psihică colectivă permanentă; acestea sunt conduitele antisociale deviante de tipul *terorismului*; ele se manifestă prin răpiri de persoane sau de grupuri de persoane, atacuri armate, crime în masă, distrugeri materiale (clădiri, reţele de comunicaţie, instalaţii electrice, de alimentare cu apă etc.);
7. *conduitele de manipulare*, ce au în multe situaţii ca intenţie o înclinare către devianţa antisocială, urmărind a „forma" şi „induce" manifestări comportamentale, modele de gândire, forme de sensibilitate etc. care, ca efect imediat sau la distanţă, să favorizeze formarea unei mase populaţionale docile, lipsită de dorinţe, de idealuri, care prin manipulare să poată fi „folosită" în direcţia dorită de cei ce o dirijează; este forma opusă terorismului, care acţionează prin violenţă, manipularea acţionând prin formele sublimate ale violenţei (minciună, reclamă, propagandă, mass-media, discursuri publice etc.); elementul prin care se acţionează ca „instrument de manipulare" e *cuvântul* (discursul, minciuna repetată, promisiunile), ce generează o anumită „opinie colectivă" preluată automat, necritic şi difuzată ca o formă de contagiune psihică colectivă, de factură emoţională, prin intermediul sugestiei induse.

Cele mai sus prezentate sunt expresia unei palete extrem de complexe şi de o mare varietate a conduitelor de factură deviantă. Explicaţia lor se află în *natura personalităţii deviante*. Se poate vorbi despre „un tip de personalitate deviantă"? Nu, întrucât aceasta este o personalitate imatură, labilă, o „personalitate a extremelor" şi, în consecinţă, lipsită de echilibru structural interior şi de flexibilitate adaptativ-integrativă exterioară în raport cu lumea şi cu ceilalţi. Aceasta este o personalitate frustrată, încărcată emoţional-afectiv, complexată, care se consideră „victima societăţii" şi care fie îşi cerşeşte drepturile, fie şi le ia cu forţa, fie fuge de societate sau de sine, rămânând permanent la periferia societăţii, pe care nu o poate nici înţelege şi nici accepta.

Din punct de vedere moral, acest tip de personalităţi sunt fie disperate, fie fanatice. Ele nu au o conştiinţă morală a responsabilităţii şi respectului, pentru că le lipsesc valorile moral-spirituale şi cultural-sociale autentice. În locul acestora, ele acţionează sub imperiul pulsiunilor primare, într-o manieră subiectivă sau, mai exact, de factură iraţională. În plus, aceste personalităţi deviante refuză, de regulă, orice fel de suport moral sau de ajutor concret din partea societăţii.

Sunt devianții bolnavi psihic? În sensul strict medico-psihiatric, nu. Din punct de vedere psihanalitic, ei sunt „produsul" unor condiții psihotraumatizante, prin urmare sunt „personalități nevrotice" sau „personalități de tip psihopatic", la care se manifestă acest tip de organizare psihomorală fie prin acte antisociale, fie prin dependență socială, fie prin conduite de refugiu, cum vom arăta în continuare. Toate aceste aspecte fac ca această categorie populațională să reprezinte unul dintre obiectivele majore asupra cărora trebuie să se fixeze atenția acțiunii de igienă mintală.

Având în vedere necesitățile impuse de acțiunea de igienă mintală, noi am preferat să clasificăm conduitele deviante în trei grupe: *conduite de tip antisocial*; *conduite de dependență socială*; *conduite de refugiu*.

Conduitele de tip antisocial

Acest tip de devianțe au la baza lor *instinctul combativ*, din care se dezvoltă agresivitatea și violența (P. Bovet). Când vorbim despre combativitatea socială sau colectivă, ne referim la instinctul combativ al indivizilor care alcătuiesc societatea. Instinctul combativ apare la individ o dată cu sentimentele sociale. În sensul acesta, A. Senet face o paralelă între evoluția individului și cea a societății, așa cum se poate vedea în următorul tabel:

Individ	Societate
1. Perioada nutritivă	1. Perioada pastorală și agricolă
2. Perioada războinică	2. Perioada de expansiune teritorială și cuceriri
3. Perioada genezică	3. Perioada de emigrație și colonizare
4. Perioada emotivo-intelectuală	4. Perioada industrială și științifică
5. Perioada de declin	5. Perioada de declin

Din analiza etapelor mai sus menționate se poate remarca faptul că evoluția umanității a înregistrat o dinamică paralelă, similară în ceea ce privește atât individul, cât și societatea, dar că la baza acestei evoluții au stat nevoia satisfacerii pulsionale, evoluția și maturizarea prin socializare a instinctelor.

Instinctul combativ se poate manifesta sub forme diferite. Aceste tipuri sunt cuprinse în două categorii sau clase: *combativitatea controlată* (lupta, sporturile extreme, competiția) și *combativitatea necontrolată* (bătaia). Să le analizăm în continuare.

Combativitatea controlată se prezintă ca o „luptă", o „competiție" de tip fizic, verbal, intelectual etc. Ea este o confruntare între doi indivizi sau două grupuri și e special pregătită în prealabil în vederea acestei acțiuni. *Confruntarea* între „părți" se desfășoară după anumite reguli pe care cei angajați în „acțiunea de luptă" sunt absolut obligați să le respecte, în caz contrar fiind descalificați, eliminați din competiție și, după caz, sancționați.

Combativitatea necontrolată se prezintă ca o luptă violentă, dezordonată, fizică și verbală, o „bătaie" între doi indivizi sau între două grupuri care se dușmănesc. Acest tip de confruntare nu se desfășoară după nici un fel de reguli. Ea este haotică și motivată de ura reciprocă între combatanți, fiecare dintre aceștia urmărind distrugerea adversarului.

Redăm mai jos, comparativ, caracteristicile fiecăruia din cele două tipuri de combativitate.

Tipul de combativitate	
Controlată (lupta sau competiția)	Necontrolată (bătaia sau confruntarea)
Pregătită și programată	Nepregătită, neprogramată, spontană
Partenerii (grupurile) sunt special pregătiți/antrenați în vederea competiției	Partenerii/grupurile nu au nici un fel de pregătire prealabilă
Se desășoară după un cod de reguli stricte care trebuie respectate în mod obligatoriu	Nu respectă nici un fel de reguli
Respectă adversarul	Nu respectă adversarul
Dorește să învingă adversarul	Dorește să distrugă adversarul
Este motivată competițional	Este motivată de ura reciprocă
Se desfășoară între doi combatanți/două grupuri și este asistată de arbitri neutri, care controlează regula de desfășurare	Se desfășoară între doi adversari (grupuri) ostili și este asistată de indivizi instigatori
Ordonată și controlată	Dezordonată, necontrolată, cu caracter de reacție și descărcare agresive
Se bazează pe forță	Se bazează pe violență
Este asistată de un public interesat	Este asistată de un public atras întâmplător

Lupta sau *competiția* are la bază un „instinct combativ" controlat. Deși își are sursa în *agresivitatea primară*, ea este controlată și sublimată ca formă de manifestare sub formă de „joc", fiind, în cazul acesta, pusă sub controlul/cenzura rațiunii. *Bătaia* sau *confruntarea* are la bază un „instinct combativ" necontrolat. Deși își are sursa tot în *agresivitatea primară* a individului, aceasta se manifestă sub forma unei descărcări pulsionale primare, necontrolată, motivată de ură și de dorința de a-și distruge adversarul. Ea este lipsită de orice fel de control, având un caracter irațional.

La acestea mai trebuie adăugat faptul că orice formă de combativitate reprezintă un „spectacol". Ea atrage un *public spectator* care participă alături de combatanți la confruntarea dintre ei. Cei care se confruntă au un „rol activ", pe când cei ce asistă au un „rol pasiv". Combatanții și publicul, reuniți în „spectacol", sunt angajați coparticipativ în „trăirea" competiției, indiferent de forma acesteia. Această „trăire colectivă" reprezintă o formă de „descărcare pulsională" cu efect de *catharsis*, contribuind, în mod paradoxal, ca factor terapeutic, la „eliberarea maselor" de tensiunea intrapsihică a pulsiunilor primare și la realizarea unei stări de satisfacție.

Instinctul combativ se poate manifesta la orice vârstă. El este automat, necontrolat și necontrolabil, violent, caricatural și prezintă un mare grad de periculozitate.

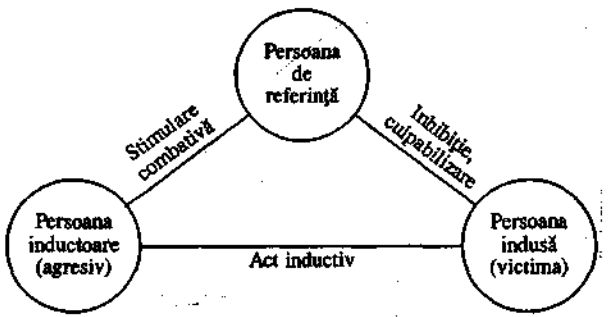
P. Bovet distinge cinci faze succesive în ceea ce privește modul de desfășurare a comportamentului bazat pe instinctul combativ:

a) provocarea verbală, ironii, înjurături, ultimatum;
b) apariția primelor manifestări în cursul cărora cei doi adversari sunt încă separați, dar își aruncă obiecte unul a tuia sau se lovesc cu pumnii;
c) faza de luptă corp la corp propriu-zisă, când combatanții urmăresc să se doboare unul pe altul;

d) momentul declanşării mâniei, al violenţei dezlănţuite, manifestată prin lovituri orbeşti, necontrolate;
e) ultima etapă este cea în care durerea îl forţează pe unul dintre combatanţi să abandoneze lupta.

Particularitatea conduitelor de tip antisocial este agresivitatea dezlănţuită sub forma violenţei, fie că e vorba despre autoagresivitate, fie despre heteroagresivitate.

Orice act de agresivitate este un „scenariu" în care sunt implicaţi trei termeni, de regulă trei persoane, fiecare având un anumit statut şi rol în cadrul acestuia, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos.



Din schema de mai sus se poate desprinde ideea potrivit căreia în acest *scenariu* sunt implicate trei persoane, fiecare având un *rol* precis determinat. Totul în ceea ce priveşte relaţiile interpersonale din cadrul scenariului se desfăşoară în raport cu rolurile acestor persoane. În sensul acesta, distingem:

a) *persoana inductoare*, cu caracter dominant, care are rol de agresor şi victimizant asupra persoanei induse;
b) *persoana indusă*, cu caracter dominant, submisiv, care este victima agresorului;
c) *persoana de referinţă*, care constituie „sursa motivaţională" a conflictului dintre persoana inductoare şi persoana indusă.

Acţiunea în cadrul acestui „scenariu" se desfăşoară în raport cu genul de *relaţii interpersonale* care se stabilesc între cei trei membri ai scenariului respectiv, după cum urmează: persoana de referinţă exercită o acţiune de „stimulare combativă" asupra persoanei inductoare şi o acţiune de „inhibiţie" ce creează o culpabilizare pentru persoana indusă; persoana inductoare, „stimulată" de persoana de referinţă, exercită asupra persoanei induse o acţiune agresivă, aceasta din urmă fiind deja influenţată de „presiunile" persoanei de referinţă.

Nu există o formă pură de agresivitate. În orice act de agresivitate se distinge o anumită dominanţă fie a auto-, fie a heteroagresivităţii, formele intermediare fiind destul de numeroase. În mod egal, putem vedea şi manifestări de violenţă care combină heteroagresivitatea (crima de omor) şi autoagresivitatea (suicidul criminalului). Vom analiza pe rând cele două forme de agresivitate: autoagresivitatea suicidară şi heteroagresivitatea criminală.

Suicidul

Suicidul este actul de autoagresivitate prin care un individ îşi produce moartea, determinat de motivaţii şi motive fie de ordin endogen, psihogen (*suicidul endogen*), fie de ordin exogen, legate de conflicte sau alte cauze externe (*suicidul reactiv*).

K.A. Menninger observă în cazul suicidului intrarea în acţiune a trei grupe de pulsiuni agresive: *dorinţa de a muri* (*the wish to die*), *dorinţa de a omorî* (*the wish to kill*) şi *dorinţa de a fi omorât* (*the wish to be killed*).

E. Durkheim, deşi situează cauzele suicidului în afara persoanei, în sfera socială, nu le consideră ca fiind independente de persoană. În sensul acesta, el apreciază că actele suicidare sunt legate de integrarea socială, fapt care-l face să distingă patru forme de suicid: *suicidul altruist*, printr-un proces de suprasocializare; *suicidul egoist*, printr-un proces de individualizare; *suicidul anomic*, cauzat de scăderea coeziunii sociale; *suicidul fatalist*, cauzat de un exces de reglementare socială.

Clasificarea şi modul de interpretare ale conduitelor suicidare în viziunea lui E. Durkheim pun accentul pe rolul factorilor represivi sau eliberatori ai modelului sociocultural, despre care am mai vorbit.

Teoriei sociogenetice a suicidului M. Halbwachs îi opune un punct de vedere de tip cauzal, în care factorii etiologici de factură psihobiologică şi medico-psihiatrică au un rol important. În sensul acesta, sunt aduse şi argumente de ordin statistic.

Un alt punct de vedere interesant, tot din perspectiva modelului sociocultural, mai larg decât schema lui E. Durkheim, îl constituie clasificarea şi interpretarea formelor de suicid de către J. Baechler. Acesta distinge patru mari tipuri de suicid: *suicidul-refugiu*: fuga, doliul, pedeapsa; *suicidul agresiv*: răzbunarea, crima, şantajul, apelul; *sinuciderea-jertfă*: sacrificiul, trecerea; *sinuciderea ludică*: ordalia şi jocul.

Este de la sine înţeles că J. Baechler pune în discuţie toate formele de comportamente deviante cu caracter antisocial care au la baza lor agresivitatea, fie că este vorba despre o agresivitate mascată, despre una directă ca manifestare sau despre o formă sublimată a agresivităţii (aşa cum se poate desprinde din clasificarea de mai sus).

Alţi autori vorbesc despre mai multe forme de suicid, inspirate mai ales din practica medico-psihiatrică (M. Quidu, P. Moron, W. Pöldinger, E. Stengel, E. Ringelr): sinuciderea reuşită; tentativa de suicid; apelul la suicid ca pretentativă de suicid; ideile de suicid; şantajul suicidar; echivalenţele suicidare sau jocul cu moartea.

L. Proal insistă asupra aspectelor morale, culturale, religioase şi sociale legate de suicid. El descrie situaţii istorice în care suicidul este mai frecvent întâlnit, având chiar caracterul unei epidemii psihice de masă. La fel, suicidul apare ca o „soluţie" absurdă de ieşire dintr-o situaţie-limită sau legat de onoare (Tucidide, J. Starobinski, E.D. Dodds).

Din punct de vedere medico-psihologic şi medico-psihiatric, distingem două forme de suicid: *suicidul endogen patologic* şi *suicidul exogen reactiv*. Trebuie făcută precizarea că, deşi unii consideră suicidul patologic în totalitatea sa, căutând să găsească cauze psihiatrice în orice caz întâlnit, cercetările noastre au demonstrat că numai în 15-20% dintre cazurile de suicid se poate incrimina o cauză patologică, restul de 80-85% dintre acestea neavând o cauză patologică.

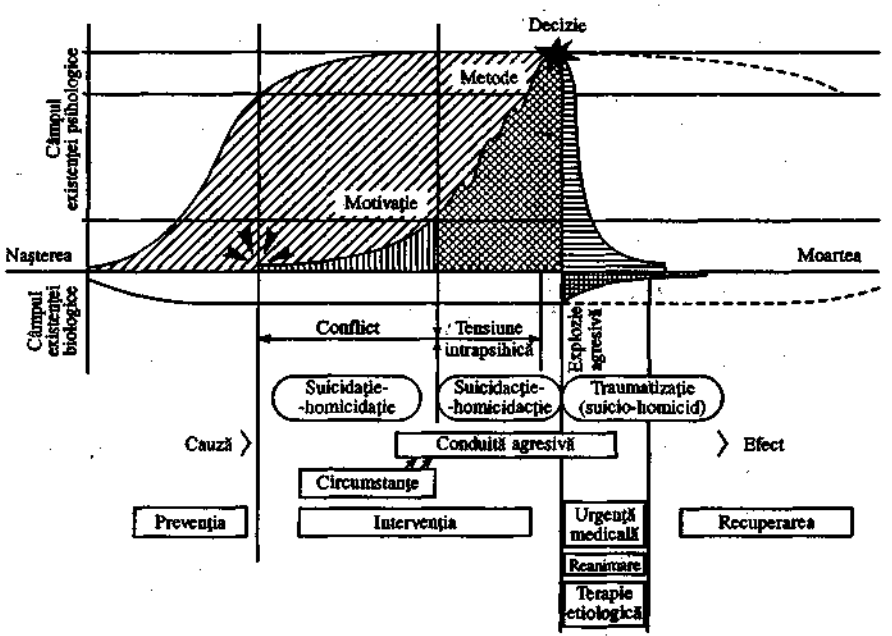
Suicidul patologic este, de regulă, suicidul endogen, legat de o modificare de tip endogen a personalităţii, similară ca origine şi dinamică afecţiunilor psihiatrice endogene.

Caracteristic acestui tip de suicid este faptul că, înaintea producerii actului suicidar propriu-zis, apare un grup de simptome de alarmă, cu caracter de anticipaţie clinică (J. Suter), cunoscute sub numele de „sindrom presuicidar" (dispoziţie tristă, descurajare, dezgust faţă de viaţă, inactivitate, izolare, idei de suicid).

Suicidul nepatologic este, de regulă, suicidul exogen şi el are un caracter reactiv la evenimentele vieţii trăite, survenind în timpul unei reacţii existenţiale, legat de o situaţie-limită, inacceptabilă pentru individ, în care singura „cale de salvare" o reprezintă gestul suicidar. Suicidul nu semnifică, în acest caz, dorinţa de a muri, ci este gestul simbolic prin care individul „iese din situaţie", depăşind astfel o realitate inacceptabilă pentru el. Este cazul lui Cato cel Bătrân sau al lui Seneca.

O importanţă deosebită în orice caz de suicid o are cunoaşterea dinamicii actului suicidar. Aceasta este aceeaşi indiferent de tipul de suicid, patologic sau nepatologic. Orice act suicidar implică un atentat autoagresiv la propria viaţă, implicând în acest scop un antenat la integritatea corporală a subiectului. Acesta se desfăşoară în trei etape:

a) *faza de conflict* sau etapa în care sunt constituite motivele actului suicidar;
b) *faza de tensiune psihică* sau *suicidacţia*, etapa de încărcare emoţional-afectivă a individului, în cursul căreia acesta îşi caută metodele de suicid; faza culminează printr-o saturaţie emoţional-afectivă, cu momentul „descărcării" decizionale prin trecerea la act, decizia fiind explozia autoagresivă;
c) *faza de descărcare tensională* sau *traumatizaţia*, etapa în care individul traduce în fapt decizia luată, îşi autoadministrează metodele de suicid, în scopul producerii propriei morţi (vezi schema de mai jos).



Este evident faptul că măsurile de igienă mintală se impun în absolut toate cazurile de suicid. Acţiunea de igienă mintală are un rol diferenţiat, în funcţie de etapele actului suicidar. Astfel, depistarea cauzelor, a motivelor suicidului impune adoptarea unor măsuri de prevenţie, psihoprofilactice. În faza de criză suicidară, a traumatizării propriu-zise, se cer măsuri urgente şi eficiente de intervenţie terapeutică în criză. În faza postcritică, se necesită măsuri de recuperare.

Dinamica actului suicidar ne apare, aşa cum se poate vedea, ca fiind dependentă de curba dinamică a vieţii, ca un tip de accident, de criză ontologică, ce în unele situaţii poate avea o motivaţie psihopatologică.

Criminalitatea

Criminalitatea şi delincvenţa, în general, sunt expresia unui conflict care opune individul mediului comunitar-social (A. Porot). Deşi ideile despre criminalitate au variat în raport cu concepţiile sociale, istorice şi culturale, criminalitatea este considerată ca reprezentând actul deosebit de grav de heteroagresivitate prin care un individ produce grave vătămări corporale unui alt individ sau chiar moartea acestuia. Situaţia poate fi extinsă de la individ la grupul social şi, în acest caz, avem de-a face cu genocidul.

Problema criminalităţii comportă studiul a două categorii de factori:

a) mediul social, cu diferite aspecte: influenţe familiale, educaţie greşită, frustrări sau carenţe emoţionale în copilărie, influenţa unor stări de gravă criză socială (revoluţii, războaie), factori economici, mod de viaţă, perioade de şomaj, mizerie, alcoolism, toxicomanii;
b) factorii legaţi de constituţia biopsihică a individului, ereditate, antecedente patologice personale sau familiale etc.

În ceea ce priveşte natura factorilor incriminaţi în criminogeneză, L. Varvaeck menţionează următoarele categorii: factori morali şi sociali puri; factori patologici puri (boli psihice, episoade toxice sau infecţioase etc.); asocierea factorilor constituţional-ereditari cu factorii de mediu social.

În aprecierea conduitelor criminale, un rol important revine naturii personalităţii acestor indivizi. Despre aceasta au fost elaborate mai multe teorii.

C. Lombroso pune problema raportului dintre criminalitate şi degenerescenţă, considerând criminalul o formă specială de degenerare patologică de natură psihiatrică, încarnând tipul denumit de el „matoid". Degeneratul este un individ marcat de numeroase stigmate somatice şi psihice, fiind, într-o anumită privinţă, o personalitate de un tip predestinat în mod fatal pentru crimă. Aceste idei îşi au originea în teoria despre degenerescenţa psihică a lui A. Morel şi V. Magnan. G. Tarde, Lacassagne şi Senges au infirmat punctul de vedere al lui C. Lombroso, aducând argumente importante în susţinerea teoriei sociogenezei crimei.

Un alt punct de vedere consideră că actele criminale se leagă de traumatisme infantile, complexe nerezolvate, frustrări şi carenţe emoţionale, toate având la bază o copilărie dificilă şi inadaptată, evidentă mai ales în primele manifestări de tip delictual ale adolescenţilor (Heuyer).

Crima şi criminalii nu reprezintă forme omogene de manifestare sau de personalitate. În privinţa aceasta, se impune o clasificare a lor în sensul extragerii unor aspecte caracteristice. Sintetizând datele din literatură, A. Porot face o clasificare a criminalilor, luând în discuţie toate aspectele legate de determinism şi constituţia acestora:

a) criminalii de factură net patologică sunt cei la care se decelează stări psihotice grave, epilepsie, psihoze halucinatorii, deliruri cronice sistematizate, psihoze anxioase cu raptusuri impulsive, stări toxice;
b) criminalii obişnuiţi reprezintă grupa inadaptaţilor social amorali, fie delincvenţi obişnuiţi şi recidivişti, fie delincvenţi ocazionali; factorii decisivi îi reprezintă o anumită maturitate afectivo-intelectuală, inadaptarea socială şi amoralismul, precum şi o imaginaţie exuberantă; în această grupă de criminali intră personalităţile anormale: amorali, perverşi, dezechilibraţi, impulsivi; personalităţile de tip „degenerat" în sens lombrosian, în cazul cărora accentul se pune pe ereditate şi tulburările de caracter şi intelect;
c) criminalii ocazionali sunt persoanele care comit în mod cu totul ocazional crime, cu caracter pasional (dragoste sau gelozie), fie din cauza unor stări emoţionale puternice (mânie, ură, răzbunare), fie dintr-un anumit fel de a înţelege sentimentul de onoare; tot în această categorie sunt incluşi indivizii cu anumite forme de sentimente psihosociale influenţate de ideologii, care pot comite crime politice, crime mistice, regicide, genociduri;
d) criminalii fără un mobil aparent (mobil motivat de stări complexuale, conflicte) au, de regulă, un caracter bizar sau absurd.

Conduitele de dependenţă socială

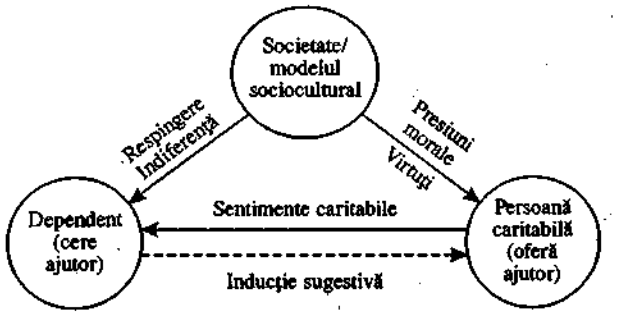
Acest tip de conduite deviante au la bază, ca motivaţie, o imaturitate emoţional-afectivă sau intelectuală cu consecinţe importante asupra personalităţii şi individului. Un rol decisiv revine frustrărilor şi carenţelor emoţional-afective din copilărie, defectelor de educaţie, modelului familial rău. În plus, sunt de luat în considerare sugestibilitatea, lipsa de educaţie, nivelul intelectual şi cultural redus, toate constituindu-se în carenţe social-morale grave.

Acest tip de conduite reprezintă forma opusă agresivităţii. Dacă agresorul este individul aflat în conflict cu societatea, dependentul e individul care depinde de societate. Agresivul atacă, pe când dependentul cere. Agresivul stârneşte ură şi frică, pe când dependentul stârneşte mila publică, prin nevoia de a fi protejat, de a fi pus la adăpost.

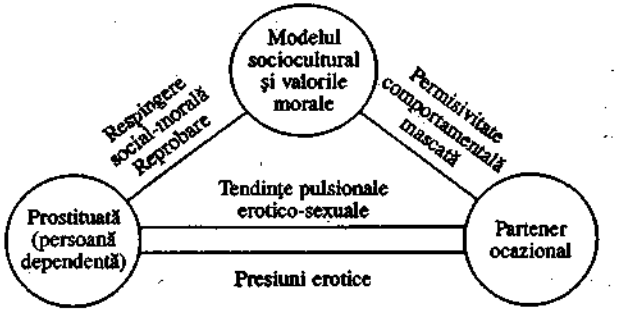
Şi acest tip de devianţă are la bază tot un scenariu în care sunt implicaţi trei factori: *dependentul* sau persoana care cere; *persoana caritabilă*, ce oferă şi protejează, încurajând în mod inconştient dependentul prin mila pe care acesta i-o inspiră; *societatea*, respectiv modelul sociocultural şi moral-religios, ca factor de referinţă, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos.

Schema reprezintă „scenariul" psihosocial al situaţiei deviante a cerşitului.

O altă formă de conduită deviantă de tipul dependenţei sociale este reprezentată de prostituţie. Prostituţia este acea situaţie a instabilităţii şi a inadaptării sociale ce are ca mobil instinctul sexual. Prostituata este persoana imatură emoţional-afectiv, intelectual, dar şi sexual, incapabilă de „a-fi-permanent-împreună" cu altcineva. Este vorba despre



o căutare dependentă, o imaturitate a Eului, care nu se poate acomoda cu rigorile sociale şi morale. Cauza se află şi în unele defecte de educaţie sau psihotraumatisme emoţional-afective din copilărie, răul model, asocierea cu grupuri delictuale, modul de viaţă aparent uşor şi proiecţia simbolică într-un univers erotic imaginar, degradat instinctual. Ca şi cerşitul, prostituţia este un tip de conduită deviantă, ce reprezintă un scenariu în care intervin tot trei factori, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos:



În acest „scenariu", rolurile şi tipurile de relaţii interumane au un caracter specific:

a) *prostituata* este persoana dependentă, care exercită presiuni erotice asupra potenţialilor săi parteneri;
b) *partenerul ocazional* este persoana care, în virtutea tendinţelor sale pulsionale erotice, se „îndreaptă" către prostituată în scopul satisfacerii acestor pulsiuni;
c) *modelul sociocultural*, prin valorile morale ale societăţii, constituie „elementul de referinţă" în cadrul acestui scenariu; el exercită o dublă influenţă asupra celor doi „parteneri"; în acest sens, modelul sociocultural efectuează o acţiune de „respingere social-morală" a persoanei prostituatei, care este astfel o persoană de două ori victimizată: pe de o parte, de reprobarea modelului sociomoral, iar pe de altă parte, de pulsiunile erotico-sexuale ale partenerului ocazional; asupra partenerilor ocazionali, modelul sociocultural exercită o acţiune de toleranţă, de „permisivitate ocazională", mascată de convenienţele sociale, care favorizează acţiunea pulsional-agresivă a acestora faţă de prostituate.

C. Lombroso şi E. Dupré s-au ocupat în mod special de prostituţie, descriind câteva caracteristici specifice personalităţii prostituatelor, după cum urmează: predispoziţie către lene, inactivitate; amoralitate; senzualitate şi impudicitate; înclinaţii către alcoolism şi toxicomanie; un mod de viaţă neregulat; tendinţă către vagabondaj; frecventarea unor medii vicioase, a unor indivizi cinici; imaturitate afectivă sau inafectivitate; intelect de limită; tendinţă crescută către infracţiuni; frecvenţa bolilor psihice.

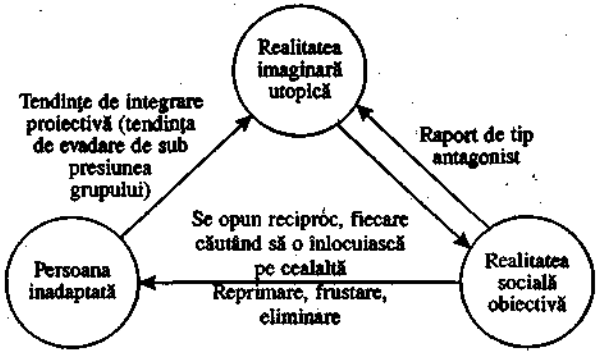
Interesant este faptul că atât conduitele de tip dependent, cât şi cele agresive sunt constituite după un acelaşi plan de organizare şi distribuire psihosocială a rolurilor. Orice acţiune de acest gen este înscrisă într-un scenariu, care o condiţionează prin două elemente caracteristice: distribuirea precisă a rolurilor şi un anumit tip de relaţii interpersonale în interiorul scenariilor respective.

Conduitele de refugiu

Aceste conduite au la bază inadaptabilitatea individului la situaţiile şi evenimentele vieţii, la grupul social şi la normele de comportament ale modelului sociocultural. Acest tip de devianţe împrumută caracteristici de la celelalte două, descrise anterior, prin faptul că refuză realitatea.

Cauzele conduitelor de refugiu sunt reprezentate de: frustrări în copilărie, tensiuni urmate de revoltă, dorinţa de schimbare, izolare, căutarea unei noi realităţi, dorinţa de ieşire, de evadare de sub presiunea unei autorităţi (familie, grup social, grup şcolar sau profesional).

Mecanismul acestor conduite deviante es: organizat tot după modelul unui scenariu în care sunt prezenţi trei factori cu roluri bine determinate, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos.


Realitatea imaginară utopică
Tendinţe de integrare proiectivă (tendinţa de evadare de sub presiunea grupului)
Raport de tip antagonist
Se opun reciproc, fiecare căutând să o înlocuiască pe cealaltă
Persoana inadaptată
Realitatea socială obiectivă
Reprimare, frustare, eliminare

În cadrul acestui tip de scenariu, rolurile sunt distribuite în felul următor:

a) *persoana inadaptată* se simte „eliminată" din mediul său, pe care-l percepe ca fiind o realitate ostilă, străină, proiectându-şi propriile tendinţe şi aspiraţii într-o realitate imaginară, personală;

b) *realitatea socială obiectivă* exercită asupra persoanei inadaptate (persoană indusă sau victimizantă) o presiune permanentă, cu acţiune de frustrare-reprimare, eliminând-o în final din cadrele sale; prin aceasta, realitatea obiectivă dobândeşte rolul de factor inductor sau victimizant;
c) *realitatea imaginară*, utopică, construită de persoana inadaptată, are caracterul unui factor de referinţă, îndeplinind acest rol atât faţă de persoana inadaptată, cât şi faţă de realitatea obiectivă; realitatea socială obiectivă prezintă o atitudine de opoziţie faţă de realitatea imaginară; raporturile dintre persoana inadaptată şi realitatea imaginară sunt exprimate prin tendinţele de integrare proiectivă ale persoanei, având la baza lor tendinţa de evadare de sub presiunea grupului social prin negarea autorităţii acestuia şi proiecţia într-o lume imaginară.

Remarcăm încă o dată faptul că, la fel ca în cazul conduitelor deviante de tip agresiv sau dependent, avem de-a face tot cu scenarii în care sunt implicate în mod obligatoriu trei elemente. Toate acestea dovedesc faptul că stările deviante de tip sociopatic au la bază aceleaşi mecanisme, atât în ceea ce priveşte organizarea lor, cât şi dinamica individuală sau psihosocială.

În cazul conduitelor deviante de refugiu, distingem mai multe forme de manifestare: mitomania, fuga şi vagabondajul, alcoolismul şi toxicomania, refugiul în boală sau simularea bolilor somatice, psihice sau psihosomatice, spiritul de aventură. Le vom analiza pe rând.

Mitomania este tendinţa constituţională permanentă a unor persoane de a prezenta în mod alterat adevărul, creând fabule imaginare (faboulaţie), sau de a simula stări anormale somatice ori psihice (simularea bolilor) (E. Dupré). În sensul acesta, E. Dupré descrie mai multe tipuri de mitomanie: mitomania vanitoasă, avându-l ca model pe Tartarin din Tarascon; mitomania malignă, cu caracter de intrigă şi acuzaţii imaginare îndreptate împotriva altora (denunţul anonim); mitomania perversă, pusă în serviciul tendinţelor vicioase şi perverse; mitomania erantă, legată de dorinţa de schimbare, având un net caracter de refugiu.

Pentru E. Minkowski, mecanismele mitomaniei sunt următoarele: emotivitatea, exaltarea facultăţilor imaginative, sugestibilitatea.

Fuga este nevoia de a pleca adesea fără nici un scop, în spirit aventurier, căreia individul nu-i poate rezista. Ea are un caracter imperios, fiind imposibil de stăpânit. Fuga este solitară. O formă de a fugi este şi dromomania. Motivaţiile fugilor sunt numeroase: pulsiune imperioasă, stare de anxietate, tulburări de comportament, boli psihice (epilepsie, alcoolism), tulburări de conştiinţă cu acte ambulatorii.

Vagabondajul este o tendinţă obişnuită, permanentă a unui individ de a nu se putea fixa în nici un loc stabil, pentru o durată mai lungă de timp. Motivele vagabondajului sunt următoarele: cauze sociale – şomaj, proscriere, emigrare, persecutare; cauze psihice – epilepsii, intoxicaţii, instabilitate, imaturitate emoţional-afectivă, toxicomanii, traumatisme craniene.

Alcoolismul şi *toxicomania* reprezintă un cadru vast al psihiatriei clinice şi sociale, de etiologii diferite. Ca mecanism se poate incrimina un tip de conduită de refugiu simbolică în întâlnirea cu toxicul, care oferă perspectiva unui univers imaginar şi colorat ce înlocuieşte o lume considerată ostilă.

Simularea este conduita de refugiu constând în necesitatea de a adopta, în funcție de împrejurări, anumite tablouri clinice din sfera patologiei somatice, psihosomatice sau a psihiatriei, în scopul de a se pune la adăpost, de a se autoapăra sau de a obține anumite avantaje.

Pot fi simulate bolile somatice sau sechelele acestora (patomimie), așa cum pot fi simulate și bolile psihice (amnezia, isteria, epilepsia, confuzia mintală).

Mecanismele care stau la baza simulării bolilor sunt următoarele: simularea mintală adevărată și totală; simularea prin exagerare sau suprasimularea; perseverarea.

Un rol important în acest sens îl joacă fenomenele de sugestie, autosugestie sau inducție sugestivă din partea simulantului.

Pe baza datelor mai sus prezentate privind formele devianților sociopatice, putem considera că avem de-a face cu un grup de tulburări psihosociale net individualizate, cu o configurație și legi interne proprii, specifice în raport cu alte forme de manifestare a personalității, care le diferențiază net de aspectele medico-psihiatrice ale conduitelor sociale. Aceasta face să se delimiteze clar cadrul *devianței* de cel al *bolii psihice*, așa cum rezultă și din tabelul următor.

Boală psihică	Deviantă
1. Suferință limitată la sine	1. Manifestare ostilă față de ceilalți
2. Ruperea contactului logic cu realitatea	2. Refuzul contactului firesc cu realitatea
3. Dezadaptare	3. Inadaptare
4. Închidere în sine, autoizolare	4. Dorința de a ieși din societate, din izolare
5. Alienare în raport cu normalitatea psihică	5. Alienare în raport cu valorile social-morale și culturale
6. Dezechilibrul personalității	6. Dezechilibrul comportamentului
7. Incapacitatea de a acționa conform normelor social-juridice (parțial sau total)	7. Refuzul de a se supune normelor social-juridice (parțial sau total)
8. Pierderea identității	8. Imposibilitatea de a-și găsi identitatea

4. Constituția perversă

Tot în cadrul devianților mai trebuie discutată o problemă deosebit de importantă, cu implicații atât individuale, privind structura personalității, cât și psihosociale și socio-psihiatrice, privind comportamentul individului. Este vorba despre *constituția perversă*.

Constituția perversă este mai mult o stare a personalității, o dispoziție constituțională, și nu un anumit tip de sociopatie, având în vedere faptul că în sfera sa intră manifestări aberante dintre cele mai variate. Pe aceste considerente, am putea aprecia mai degrabă constituția perversă ca reprezentând fondul mintal și de personalitate pe care se dezvoltă conduitele deviante și sociopatiile. Acest punct de vedere pare a fi însușit de majoritatea specialiștilor, deși termenul este consacrat (în sfera psihiatriei) perversiunilor sexuale. În contextul de față, îi atribuim o semnificație mai largă, psihopatologică și social-morală: constituția perversă este terenul pe care se pot grefa și dezvolta orice forme de conduită deviantă din categoriile expuse mai sus.

G. Lanteri-Laura, care s-a ocupat de problemă, afirmă că, „în materie de *perversiuni*, ceea ce delimitează câmpul de fenomene este în primul rând *opinia socială* (*doxa*), iar aceasta îl oferă spre studiu și cunoaștere științei (*epistemé*). Din acest motiv, opinia arată comportamentele perverse și le definește ca atare, iar cunoașterea științifică rămâne tributară opiniei, chiar dacă ea reușește să lărgească sau să modifice domeniul respectiv al perversiunilor".

Perversiunile se definesc prin raportul dintre *om* și valorile *morale* în sfera câmpului social. Ceea ce constituie factorul favorizant care strică echilibrul dintre om și valorile morale este criza modelului sociocultural, exprimată prin: devalorizare, anomie, eliberarea haotică a pulsiunilor instinctuale, fără nici un fel de cenzură sociomorală, intervenția unei „morale diferențiate" de tip permisiv (A. Bayet), care deschide posibilitatea de manifestare în spațiul social a acestui tip de forme sociopatice. Ceea ce are importanță în acest caz este „regimul social al manifestărilor instinctive". O societate normală, echilibrată implică un regim de norme psihosociale și cultural-morale de formare a personalității și comportamentelor. În acest sens, formarea individului, educația morală a acestuia au un rol esențial. După B. Malinowski, „cultura începe cu reprimarea instinctelor", iar acest fapt esențial stă la baza oricărei morale sociale.

Constituția perversă implică mai multe aspecte caracteristice: amoralitatea; inafectivitatea; inadaptabilitatea; impulsivitatea.

Ea reprezintă o dispoziție latentă, potențială a individului, care este reprimată de bunele sentimente și simțul moral, de educație și, în final, de legile social-juridice.

Fiind direct legate de regimul funcțional al instinctelor, perversiunile privesc: instinctul de conservare, instinctul de reproducere și instinctul de asociere. Le vom analiza pe rând.

Instinctul de conservare se referă la următoarele aspecte clinico-psihiatrice: voracitatea, bulimia, anorexia, coprofagia, potomania, pica, toxicomaniile, egoismul, avariția, colecționarismul, cleptomania.

Instinctul de reproducere privește erotismul exagerat sau diminuat (satiriazis, nimfomanie), aberațiile sexuale (sadism, masochism, fetișism, necrofilie, pedofilie, gerontofilie, zoofilie, incest, homosexualitate, lesbianism), impudicitatea.

Instinctul de asociere se referă următoarele aspecte: simpatia, asocierea după interese, asocierile cu caracter antisocial, asociațiile patologice (alcoolici, perverși, psihopați) etc.

Se desprind din cele de mai sus câteva aspecte generale, comune constituțiilor perverse, după cum urmează: nici o formă de perversiune instinctivă nu poate exista în stare de izolare; inadaptabilitatea socială a perverșilor; imposibilitatea perverșilor de a duce o viață socială în comun cu ceilalți indivizi, din cauza inadaptării lor, a imposibilității de a găsi puncte de interes comune, de a se putea pune de acord; viața perverșilor este o suită neîntreruptă de bizarerii, extravaganțe, neregularități, fugi, delicte și crime, expertize, condamnări, internări, încarcerări, dezertări, simulări, parazitism spitalicesc sau azilar, alcoolism și toxicomanii, vagabondaj; caracterul ireductibil al tendințelor perverse, recidivismul și incorigibilitatea acestora.

5. Măsuri de psihoigienă

Domeniul discutat este deosebit de important, vast şi polimorf, implicând o mare varietate de măsuri care se impun a fi luate în considerare de acţiunea de igienă mintală.

În sensul acesta, trebuie avute în vedere mai multe aspecte, cum sunt: educaţia morală, igiena instinctelor, educaţia religioasă, educaţia sexuală, cultivarea intelectuală, toate acestea fiind măsuri cu caracter individual. Se impun însă şi măsuri cu caracter comunitar, care privesc: relaţiile interpersonale dintre indivizi, relaţiile dintre indivizi şi instituţiile sociale, orientarea profesională şi şcolară corectă, sprijinirea familiei, cultivarea valorilor sociale, culturale, morale şi religioase pozitive ale unui model socio-cultural adecvat, echilibrat, capabil de a determina şi a menţine o personalitate de bază armonioasă şi un tip de comportament social pozitiv.

Un rol important revine educaţiei şi creşterii copiilor în familie, modelului de educaţie şi instrucţie şcolară, precum şi formării lor spirituale prin educaţia religioasă.

Trebuie ameliorate condiţiile de trai, nivelul economic şi cel al asigurărilor sociale, protecţia socială, care să poată asigura un trai normal şi securizant pentru toţi membrii societăţii.

O atenţie deosebită trebuie acordată etapelor de criză psihobiologică a individului: pubertatea, adolescenţa, menopauza şi andropauza. În acest sens, au valoare următoarele:

1. depistarea precoce a bolilor psihice sau a defectelor de educaţie şi a tulburărilor de comportament, precum şi tratarea acestora;
2. dispensarizarea cazurilor-problemă – copii sau adolescenţi cu trăsături de caracter de natură perversă – şi instituirea unui regim de tratament şi supraveghere medico-psihiatrică şi psihosocială permanentă;
3. integrarea în familie, în grupul şcolar şi profesional a indivizilor cu probleme de adaptare şi supravegherea acestora.

Un rol major revine asistenţei psihosociale a bătrânilor, a persoanelor singure, izolate sau lipsite de mijloace materiale.

O atenţie deosebită trebuie acordată consumului de alcool şi droguri, controlului circuitului lor social şi tratamentului celor care utilizează aceste toxice.

Un aspect deosebit de important îl constituie psihoprofilaxia suicidului şi a actelor de agresivitate în general, a crizelor suicidare declarate sau a stărilor conflictuale şi a situaţiilor de eşec şi nevroză. În acest scop, se impune instituirea unei reţele de asistenţă ambulatorie şi de control preventiv al cazurilor enumerate. Un rol decisiv în acest circuit aparţine reţelei de *intervenţie în criză „hot line"*, cea mai eficientă formă de acţiune de igienă mintală cu caracter social.

Depistarea factorilor de risc morbigenetic şi înlăturarea acestora prin cultivarea factorilor cu efect sanogenetic, cu influenţă pozitivă asupra stării de sănătate mintală a comunităţilor social-umane, sunt, de asemenea, importante.

Mişcarea şi acţiunea de igienă mintală sunt esenţiale şi indispensabile într-o societate civilizată, care respectă persoana şi demnitatea acesteia; ele reprezintă un act social de înaltă responsabilitate, o datorie faţă de membrii comunităţii umane.

Adaptată la situaţiile expuse, acţiunea de igienă mintală se dovedeşte a fi mult mai complexă, mai diversificată şi mai grea decât simpla internare şi tratamentul intraspitalicesc ale bolnavilor. În plus, spitalele de psihiatrie nu tratează sociopaţii decât în situaţia în care aceştia prezintă decompensări sau afecţiuni psihice evolutive ori sunt trimişi pentru expertiză şi tratament sub supraveghere de către instituţiile sociale de resort.

Este mult mai greu, dar mult mai important să previi decât să tratezi. Igiena mintală, prin măsurile de psihoprofilaxie pe care le recomandă şi le aplică, este mult mai utilă societăţii, prin rezultatele sale, decât efortul medico-psihiatric de a salva ceea ce s-a pierdut prin boala mintală.

Capitolul 31

Psihoigiena situaţiilor speciale de criză

1. Cadrul problemei

În viaţa comunităţilor social-umane pot apărea numeroase situaţii neobişnuite cu caracter psihotraumatizant care strică echilibrul psihosocial, având implicaţii asupra reacţiilor, conduitelor şi acţiunilor membrilor colectivităţii umane, ducând la dificultăţi de adaptare, comunicare, gândire şi afectând serios prin aceasta starea de sănătate mintală individuală şi colectivă. Aceste stări cu caracter anomic, ce au ca punct de plecare structura şi dinamica mediilor social-umane, reprezintă obiective importante pe care acţiunea de igienă mintală trebuie să le aibă permanent în vedere, instituind măsuri de psihoprofilaxie, dar şi de intervenţie precoce.

Prin caracterul lor neobişnuit, prin brutalitatea apariţiei şi consecinţele efectelor pe care le produc, aceste „situaţii" se prezintă sub forma unor „crize psihosociale" variate ca aspect, intensitate şi durată. Crizele psihosociale apar ca nişte „situaţii psihotraumatizante de viaţă" ale colectivităţilor social-umane şi sunt reprezentate de următoarele:

a) situaţii de dezastre naturale sau determinate de către om;
b) situaţii speciale legate de grupurile populaţionale persecutate şi ale persoanelor refugiate;
c) situaţia persoanelor supuse torturilor;
d) situaţiile de violenţă şi răpire;
e) situaţia persoanelor din penitenciare;
f) situaţia persoanelor lipsite de locuinţă.

Toate aceste situaţii de criză mai sus enumerate reprezintă probleme majore pentru starea de echilibru psihosocial, dar, dincolo de aspectele sociale, economice, politice, se ridică probleme deosebit de serioase de ordin medical, psihiatric, psihosocial. Acestea din urmă, vizând starea de sănătate mintală colectivă, privesc *programul de igienă mintală*, motiv pentru care ele devin obiective obligatorii ale *acţiunii de igienă mintală*. Vom prezenta în continuare măsurile de profilaxie care se impun în aceste situaţii.

2. Psihoigiena situaţiilor de dezastru

Evenimentele cu caracter negativ-distructiv din spaţiul ecosocial, având cauze naturale sau produse de activităţile umane, prezintă, de cele mai multe ori, consecinţe de o mare varietate şi intensitate, de ordin medical şi psihosocial, eşalonate pe o perioadă scurtă sau mai lungă de timp, asupra comunităţilor social-umane.

Aceste stări de „criză" cu caracter de *dezastru* au fost definite de M.F. Lechat ca „situaţii extreme care depăşesc capacitatea de adaptare, afectând echilibrul comunităţii umane". Aceste dezastre pot fi produse de următoarele cauze:

a) *cauze naturale*: uragane, tornade, inundaţii şi revărsări de ape, erupţii vulcanice, cutremure, secetă, foamete etc.;
b) *cauze generate de activităţile umane*:
   - catastrofe tehnologice (poluări ale mediului fizic, accidente nucleare etc.);
   - crize social-politice (războaie, revoluţii, genocid, deportări, reprimări şi torturi, persecuţii sociale, crize economice etc.).

Acestea survin de obicei brusc şi au efecte psihologice, biologice, morale, social-politice şi economice importante asupra comunităţilor umane. Efectele lor, de un mare polimorfism sociopsihiatric, afectează starea de sănătate mintală colectivă, realizând grupajul de tulburări de tipul PTDS (*post-traumatic stress disorder*) – „tulburările de stres posttraumatic". Din punct de vedere clinico-psihiatric, simptomele stresului post-traumatic constau în:

- tulburări somatice diferite;
- stări depresive;
- stări de anxietate;
- tulburări de conştiinţă (stupoare, confuzie etc.);
- agitaţie psihomotorie.

Majoritatea specialiştilor recunosc caracterul reactiv al acestor manifestări anormale (J.I. Escobar, B.A. van der Kolk). J.R.T. Davidson şi colaboratorii săi, care au analizat dinamica PTDS, descriu trei perioade de evoluţie a sindromului posttraumatic, în raport cu natura conţinutului său, intensitatea şi durata de acţiune a factorilor de risc pentru starea de sănătate mintală, după cum se poate vedea mai jos.

Faza de evoluţie	Factorii de risc
1. Faza precritică	1. Sexul feminin Antecedente psihiatrice Antecedente psihotraumatizante
2. Faza critică	2. Instalarea bruscă, de mare intensitate Severitatea expunerii la stres Efectele fizice Efectele psihice Durata de acţiune a stresului
3. Faza postcritică	3. Absenţa unui suport Suport emoţional inadecvat Lipsa asistenţei de specialitate Intervenţie de specialitate inadecvată

3. Psihoigiena grupurilor populaţionale persecutate şi a persoanelor refugiate

Majoritatea autorilor au descris diferite tulburări psihice, somatice şi psihosomatice la această categorie de populaţie. A. Kardiner vorbeşte despre „nevroze traumatice" şi despre „sindromul traumatic patologic" ca despre o tulburare a sinelui în relaţiile cu lumea, caracterizată prin următoarele aspecte: instabilitate, tulburări de somn, coşmaruri, reacţii de tip exploziv. Se notează schimbări de personalitate cu consecinţe asupra conduitei şi a vieţii individului.

Efectul persecuţiilor îndelungate constă în dezvoltarea unei stări de anxietate permanentă, cu blocarea progresivă a emoţiilor şi inhibiţie comportamentală. În aceste condiţii apar tulburări psihice şi reacţii psihosomatice.

Influenţa factorilor sociorepresivi (tortură, marginalizare, izolare socială, tratamente inumane etc.) va contribui la instalarea unei „atmosfere socioculturale de tortură". J. Corradi şi colaboratorii săi vorbesc despre o *cultură a fricii* şi despre *grupuri populaţionale terorizate de frică*. Toate acestea reprezintă o sursă continuă de stres, cu consecinţe negative pentru starea de sănătate mintală.

Grupurile de refugiaţi sunt supuse la situaţii sociale degradante, dezumanizante, de violenţă şi tortură. A. Jablensky descrie următoarele tipuri de tulburări psihice la persoanele refugiate:

- marginalizarea rezultată din pierderea stimei şi a încrederii în sine;
- dificultăţi socioeconomice legate de sărăcie şi de lipsa unui loc de muncă;
- sănătate fizică precară, subnutriţie;
- injurii fizico-somatice;
- izolare socială şi culturală prin anomie şi alienare;
- traume psihice cauzate de tortură şi frică.

N. Sartorius distinge următorii factori de risc pentru starea de sănătate mintală la persoanele refugiate:

- pierderea coeziunii prin dispersiune;
- obstacole în desfăşurarea normală a vieţii;
- pierderea capacităţii de iniţiativă proprie sub ameninţarea interdicţiilor şi a pedepselor;
- viitor incert;
- munci necalificate, forţate;
- viaţă nesigură.

Aceste situaţii vor determina numeroase şi variate tulburări ale stării de sănătate mintală, cum ar fi: sentimentul de abandon, disperare, reacţii de panică şi emoţii negative, tulburări de conştiinţă, impresii de derealizare şi depersonalizare, tulburări depresive, anxietate generalizată, fobii, conduite şi reacţii antisociale, sindroame organice cerebrale prin violenţă fizică, dificultăţi de adaptare şi integrare socială etc.

4. Psihoigiena persoanelor supuse torturii

Consecinţele medico-psihologice ale torturii, atât pentru victime, cât şi pentru familiile acestora, constituie o problemă deosebit de importantă pentru sănătatea mintală. Tortura este una dintre cele mai grave şi mai dezonorante forme de violare a drepturilor omului. Intenţia torturii a fost, în primul rând, aceea de a distruge personalitatea victimei şi de a da prin aceasta un exemplu pentru ceilalţi membri ai comunităţii social-umane (J. Gendefke). Tortura reprezintă forma extremă a stresului.

Tortura defineşte orice act care, printr-o durere sau suferinţă severă, fizică sau psihică, este în mod intenţionat aplicat unei persoane pentru un anumit motiv, în scopul obţinerii de la aceasta de informaţii despre alte persoane sau de altă natură ori în scopul de a pedepsi respectiva persoană pentru anumite intenţii ori acte comise.

Tortura afectează nu numai victima ca persoană, ci întreaga comunitate de indivizi, creând prin această practică o „cultură a fricii" în scopul intimidării şi terorizării. Această atmosferă de reprimare dezvoltă o stare de tensiune psihosocială.

Familiile persoanelor torturate sunt şi ele, la rândul lor, culpabilizate, agresate, hărţuite şi umilite, marginalizate social. Persoanele care prezintă un risc crescut pentru reprimarea prin tortură sunt următoarele: opozanţii politici, activiştii pentru drepturile omului, liderii sindicali, de partid şi ai studenţilor, minorităţile etnice, refugiaţii, jurnaliştii, persoanele arestate şi supuse interogatoriilor. În rândul victimelor torturii se disting două categorii de indivizi:

a) *victimele primare*, care sunt subiecţii torturii propriu-zise, aplicată direct;
b) *victimele secundare*, care sunt reprezentate de familiile şi prietenii celor de mai sus şi care sunt supuse unui regim de supraveghere, reprimare şi marginalizare.

Metodele torturilor şi formele de aplicare a acestora sunt de două feluri:

a) *metode fizice*: înfometarea, privarea de somn, tortura sexuală, bătaia fizică, sufocarea, tortura electrică etc.;
b) *metode psihice*: izolarea, umilirea, injuriile verbale, simularea execuţiilor, torturarea familiilor victimelor, epuizarea fizică şi psihică etc.

Torturile au urmări fizice şi psihice grave, cum ar fi:

a) fracturi, osteite, leziuni ale vaselor sau nervilor, rupturi şi fibroze musculare, tulburări sexuale, surditate, orbire etc.;
b) tulburări de personalitate, depresii, fobii, iritabilitate, labilitate emoţională, tulburări de comportament, distonie neurovegetativă, insomnii, coşmaruri, complexe de culpabilitate, anxietate cronică.

În cazul persoanelor supuse torturii se produc modificări patologice importante ale imaginii de sine şi ale imaginii corporale, constând în următoarele:

- vătămare corporală;
- sentimentul de vinovăţie impus de izolarea în captivitate şi violenţa fizică;
- sentimentul de ruşine;

- epuizarea emoțională;
- depresie și lipsă de energie;
- dezgust față de viață și dorința de a muri;
- pierderea valorii și a stimei de sine;
- insecuritate, cu incapacitatea de a acționa;
- dificultăți de evocare mnezică.

În cazul acesta, măsurile de psihoigienă vor consta în următoarele intervenții psihoprofilactice:

a) profilaxia primară trebuie să prevină aplicarea torturii fizice, psihice sau morale;
b) psihoprofilaxia secundară se adresează grupurilor umane cu risc crescut;
c) psihoprofilaxia terțiară are în vedere reabilitarea persoanelor care au fost supuse torturilor.

Prohibiția torturilor nu reprezintă numai o problemă de igienă mintală. Ea este în egală măsură și o sarcină de drept internațional, iar eradicarea acesteia depinde în mare măsură de programul de sănătate mintală și de măsurile de psihoprofilaxie prevăzute de acesta.

5. Psihoigiena situațiilor de violență și răpire

Actele de violență și răpire au consecințe psihice și morale extrem de importante asupra victimelor. Orice *act de violență* presupune un *violator* care agresează și o *victimă* ce este agresată. Orice act de violență sau de răpire reprezintă o situație severă de stres pentru victimă, care o trăiește ca pe o experiență catastrofică.

În grupa factorilor care produc tulburări psihice consecutive actelor de violență se înscriu următoarele:

- orice experiență de violență care reprezintă o psihotraumă serioasă pentru victimă;
- consecințele violenței pentru victimă depind de natura violenței și modalitatea de aplicare a acesteia, de durata și numărul de evenimente psihotraumatizante, de efectul rolului de victimizant asupra persoanei, de tipul de personalitate al victimei, de vârsta și sexul ei, nivelul de educație, cultură și mediul sociofamilial de origine.

Psihoprofilaxia violenței constă în măsuri de educație preventivă, asigurarea unei securități existențiale de bază, acordarea unui suport material și social pozitiv și protector, evitarea expunerii la situațiile de risc, servicii medicale de urgență.

6. Psihoigiena persoanelor din penitenciare

Persoanele internate în penitenciare suferă sub influența mediului carceral importante și variate schimbări de factură emoțională, comportamentală, de comunicare, cu implicații asupra personalității lor. Acestea sunt cauzate de următorii factori:

- izolarea de mediul familial, social, profesional;
- impunerea unor restricții disciplinare;

- pierderea libertății de mișcare și acțiune individuală;
- dependența și ascultarea față de personalul de supraveghere;
- igiena deficitară;
- subnutriția;
- îngustarea comunicării;
- pierderea statutului social.

În aceste situații apar „reacții carcerale" de un mare polimorfism, ca efect al stresului la care sunt supuși deținuții (arestare, anchete, procese, sentințe de condamnare, izolarea de familie și societate, diferite interdicții etc.).

Nu există încă o clasificare general acceptată de către specialiști a „reacțiilor carcerale". După A. Langelüddecke și P.H. Bresser, se pot distinge următoarele tipuri de tulburări psihice:

- reacții dominante de panică;
- reacții paranoide;
- stări de agresivitate și cverulență;
- depresii;
- suicid și automutilări;
- reacții de simulare;
- stări de agitație psihomotorie.

În afara celor mai sus enumerate, mai pot apărea manifestări de tip protestatar, în scopul obținerii unor „beneficii", cum ar fi: automutilările, greva foamei, refuzul de a se supune regulamentelor, tentativele de evadare etc.

Reacțiile patologice sau psihozele carcerale recunosc drept cauză factorii de risc morbigenetic generați de situația de claustrare penitenciară.

Rolul terapeutic și cel psihoprofilactic ale psihiatrului și psihologului sunt foarte importante. Se vor urmări, în primul rând, ameliorarea condițiilor stresante de detenție, evitarea situațiilor conflictuale, se va capta interesul deținuților, orientându-i către acțiuni practice care să dea satisfacție și rezultate imediat, către educația morală și religioasă etc.

7. Psihoigiena persoanelor lipsite de locuință

O categorie specială o reprezintă, pentru programul de igienă mintală, situația persoanelor lipsite de locuință. În această categorie intră persoanele abandonate (copii sau bătrâni), debilii mintal, bolnavii psihic cronici (schizofrenici, epileptici), alcoolicii și toxicomanii, psihopații impulsiv-instabili cu tendință spre vagabondaj, sociopații etc. La aspectele legate de „tarele psihice" ale acestei categorii de indivizi se adaugă un nivel de educație extrem de scăzut, analfabetismul, absența familiei, asocierea în grupuri marginale de delincvenți, prostituate, dependenți social etc.

Măsurile care se impun au un caracter mai larg. Ele privesc acțiuni de asistență și ocrotire socială, precum și măsuri de igienă mintală. Acestea constau în depistarea respectivelor persoane (fapt destul de greu de realizat, întrucât ele nu au domiciliu), efectuarea unor anchete sociale și testarea psihodiagnostică, integrarea lor în comunități protejate și supravegheate.

Dificultatea cea mai mare este dată de incapacitatea acestei categorii de populație de adaptare/integrare socială. Aceste persoane nu se pot fixa într-un anumit loc. Nu pot suporta o viață ordonată, care pentru ele reprezintă o situație frustrantă.

Necesitatea instituționalizării acestor indivizi este importantă și ca măsură de prevenție socială, întrucât din rândul lor se recrutează delincvenți, prostituate etc.

8. Psihoigiena accidentelor

Un loc special în cadrul situațiilor de criză trebuie rezervat *accidentelor*, ca fenomene psihosociale specifice lumii și modului de viață moderne. Accidentele sunt evenimente traumatizante, negative, fizice, psihice, morale, care survin brusc, având un caracter brutal. Frecvența și diversitatea acestora depind direct de nivelul de dezvoltare a vieții cotidiene, ca o consecință a progresului factorilor de civilizație materială. Ele sunt mai frecvente și mai diverse, mai grave prin brutalitatea și consecințele lor în marile aglomerării urbane, cu o mare densitate populațională și o activitate de transport-comunicații intensă (rutieră sau aviatică), precum și cu activități profesionale care presupun un risc ridicat etc.

Accidentele însoțesc evoluția societății. Ele sunt legate în mod paradoxal de factorii de progres tehnic, de industrializare, circulație, comunicare, transport etc. Toate schimbările rapide în viața socială presupun o adaptare a conduitelor la noile condiții, o anumită plasticitate în ceea ce privește „acceptarea" și „utilizarea" noului considerat o „formă de progres" (tehnic, material, de comunicare, de activitate profesională etc.). Această „adaptare la nou" solicită în mod particular capacitățile de acomodare ale individului, aptitudinile sale. Ea urmărește ca, printr-o instruire rapidă și eficientă, să-i permită individului a cunoaște „noile sale condiții" de viață, de muncă etc., a le utiliza corect, a evalua just atât avantajele, cât și riscurile, a-și dezvolta capacitatea de control al situațiilor de criză, a prevedea și a evita producerea accidentelor.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că „factorul uman", în special cel de factură *psihologică*, respectiv starea de *sănătate mintală*, este direct implicat în acest proces de adaptare complexă. Din aceste motive, igiena mintală este implicată în prevenirea și combaterea accidentelor legate de viața socială modernă. Se va urmări în primul rând protejarea stării de sănătate mintală și instituirea unor măsuri de psihoprofilaxie individuală și colectivă stricte, de maximă eficiență.

În scopul instituirii unor măsuri de psihoprofilaxie, trebuie avute în vedere „cauzele" sau „factorii" care concură la producerea accidentelor reprezentate de:

- lipsa unei instrucții complete sau o instrucție neadecvată referitoare la utilizarea factorilor de civilizație materială, profesională, de comunicare, circulație etc.;
- lipsa de experiență practică, slaba profesionalizare sau absența acesteia în domeniul respectiv;
- desfășurarea unor activități sau a altor forme de conduite în condiții schimbate de mediu sau climă, care presupun un efort suplimentar și un anumit antrenament (circulația pe timp de noapte, ceața, ploaia, viscolul etc.);
- defectele tehnice ale mijloacelor de transport-circulație (auto, aeriene sau navale);

- activitățile în condiții speciale (construcții, lucrul la înălțime, cu substanțe explozive sau radioactive, gaze toxice etc.);
- oboseala fizică și/sau psihică, consumul de alcool, droguri, medicamente psihotrope, care modifică atenția, percepțiile, reacțiile, comportamentul etc.

Aspectele mai sus menționate constituie factori care favorizează sau chiar produc accidente de diferite tipuri (circulație rutieră, pilotaj aerian, de muncă etc.). Din perspectiva acestui polimorfism de cauze, trebuie să considerăm *accidentele* niște *evenimente-surpriză* care, indiferent de cauzele sau de natura lor, au aceleași efecte nocive asupra victimelor. Ele produc în primul rând un *șoc psihic* de diferite forme și intensități (emoțional, stupoare, stări confuzionale, comă), *leziuni traumatice corporale* (contuzii, fracturi, rupturi de organe interne, hemoragii), *tulburări cardiorespiratorii*, *moarte*. De regulă, aceste tulburări generate de accidente se însoțesc ulterior de diferite grade de invaliditate fizică, dar și de stări nevrotice posttraumatice. În toate situațiile, ele afectează starea de sănătate mintală a victimelor.

Având în vedere aspectele de mai sus, dar mai ales faptul că dezvoltarea, progresul social și tehnologic, sub toate aspectele sale, generează accidente, există o anumită stare de „teamă", pe care „inconștientul colectiv" o interiorizează, față de modul de viață modernă. Aceasta impune adoptarea unor măsuri adecvate de igienă mintală. Acțiunea de igienă mintală, în cazul *accidentelor*, ca, de altfel, în cazul tuturor „situațiilor speciale de criză socială", trebuie integrată în *programele de protecție socială*, ca o parte esențială a *politicii sociale* a statului respectiv.

Măsurile de psihoigienă care se impun în cazul accidentelor sunt reprezentate prin următoarele acțiuni:

- măsuri de educație privind modul de viață modern (circulație rutieră, aviatică sau navală) etc.;
- instruire profesională și antrenament profesional, respectarea măsurilor de protecție în timpul activității profesionale, cunoașterea riscurilor pentru a le putea evita sau combate;
- evitarea oboselii, a consumului de alcool, droguri etc. în timpul activității profesionale, al conducerii auto etc.;
- evitarea practicării unor activități cu risc crescut fizic și/sau psihic (sporturi extreme, activități profesionale dificile sau cu un grad sporit de periculozitate), în condiții neprotejate;
- informarea corectă și completă a persoanelor care se angajează în activități cu risc crescut (profesional, conducere auto, aero sau navală) de posibilele accidente și consecințele acestora.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că acțiunea de igienă mintală se înscrie ca un domeniu prioritar în programele de protecție socială, în mod special în cazul situațiilor de criză socială.

Capitolul 32

Psihoigiena şi conflictele sociale

1. Cadrul general al problemei

Conflictele sociale apar şi se manifestă pe fondul unor situaţii de „criză socială". Crizele sociale sunt expresia unor schimbări rapide, cu caracter brutal, caracterizate prin abandonarea modelelor tradiţionale vechi, a unor sisteme şi norme valorice statuate, care îşi pierd funcţionalitatea, fiind înlocuite de sisteme şi norme valorice noi ca urmare a factorilor de progres şi de schimbare socială impuşi de condiţiile evoluţiei istorice a umanităţii.

Crizele sociale privesc structurile organizărilor instituţionale, precum şi funcţiile acestora în interiorul cetăţii. Ele au un efect direct şi imediat asupra grupului populaţional, a comunităţii social-umane, prin trecerea („efectul de tranziţie") de la sistemele de valori şi modul de viaţă tradiţionale la cele noi. Aceasta presupune un efort considerabil de adaptare.

Vorbind despre „crizele sociale" din secolul XX, P.P. Negulescu distinge două aspecte esenţiale ale acestora, şi anume latura lor structurală şi latura adaptativă. Problema „crizelor sociale" a fost dezbătută pe larg, în special în cea de-a doua jumătate a secolului XX, de numeroşi specialişti de prestigiu, care au adus importante contribuţii la explicarea lor (L. Bauer, F. Nitti, P. Andrei, F. Delaisi, J. Barus-Michel, P. Giust-Desprairies şi L. Ridel etc.).

Schimbările multiple pe care le produc crizele sociale generează conflicte. Acestea trebuie înţelese ca „modalităţi de reacţie" – de multiple şi variate forme – la schimbările sociale (economice, politice, culturale, morale, religioase, etnice etc.).

Orice conflict presupune existenţa unor „cauze-factori" care îl determină. Aceasta întrucât „cauzele" produc schimbări care sunt percepute ca „factori" de răsturnare a unei stări de ordine existente. Aceste „răsturnări" aduc după ele noi modele de sensibilitate, comportament, acţiune, gândire, într-un cuvânt, un alt „stil de viaţă" şi un alt „tip uman", factori care se opun celor anterioare.

Printre „cauzele" crizelor sociale notăm următorii factori, care modifică o stare de echilibru-stabilitate statuată ca fiind „normală" până la data intervenţiei lor, şi anume: factori economici, politici, sociali, culturali, moral-religioşi, etnici etc. Un loc particular în producerea sau cel puţin în favorizarea apariţiei „crizelor social-istorice" îl ocupă, aşa cum a arătat experienţa istorică a secolului XX, progresul ştiinţei şi al tehnologiei, care a schimbat profund structurile sociale, relaţiile interumane, conduitele, stilul de viaţă şi modelele de gândire.

Deşi trebuie considerate forme de reacţie psihosocială, cu caracter colectiv, modalităţile sub care se pot prezenta conflictele sunt multiple şi variate. Cele mai importante grupe de conflict sunt reprezentate de:

a) conflictele între masele sociale şi puterea politico-administrativă a statului;
b) conflictele între masele sociale şi instituţiile statului sau cele particulare;
c) conflictele între grupurile de interese diferite care fie se suprapun, fie se află în concurenţă unele cu altele etc.;
d) conflictele de natură valorică (interetnice, religioase, culturale etc.).

Orice formă sau grupă de conflicte are o semnificaţie precisă din punct de vedere psihosocial. Conflictele sunt expresia unor dezacorduri între „factorii cauzali" şi „efectele" produse de aceştia asupra grupurilor social-umane. Din acest motiv, „semnificaţia" conţinutului sau a „tematicii conflictuale" se află în relaţie de directă condiţionare cu tipul de factori cauzali care au dus la producerea sa. Se pot distinge astfel următoarele aspecte:

- interese social-politice şi/sau economice;
- confruntări ideologice, culturale, moral-religioase etc.;
- uzura istorică a instituţiilor sociale, care nu mai corespund din punct de vedere social cu condiţiile realităţii actuale;
- deprecierea valorică a modelului sociocultural.

2. Tipurile de conflicte sociale

Având în vedere varietatea factorilor care participă la producerea conflictelor sociale, este evident că acestea vor prezenta o diversitate extrem de nuanţată. Dar, dincolo de aspectele formale pure, ca manifestări ale conflictelor, absolut toate concentrează în esenţa lor „dezacordul" şi, implicit, „confruntarea" dintre ceea ce este perceput ca firesc şi ceea ce e considerat nefiresc, primul element fiind acceptat, iar cel de-al doilea respins. Din această perspectivă, conflictul apare ca o confruntare dialectică a „contrariilor" în viaţa socială.

Deşi de o mare diversitate, cum spuneam mai sus, conflictele sociale pot fi clasificate în câteva grupe:

a) *protestele* sunt forme ale conflictelor sociale organizate, care se desfăşoară planificat, după un program prestabilit şi care, de regulă, sunt lipsite de violenţă fizică; ele urmăresc expunerea sau exprimarea unor nemulţumiri, revendicări, de multe ori cu caracter de injustiţie (frustrări, situaţii castratoare etc.), faţă de instituţiile sociale sau faţă de organele puterii politice; formele pe care le pot lua protestele sunt „mitingurile" şi „grevele"; ele trebuie considerate în primul rând forme de protest verbale;
b) a doua categorie de conflicte sociale o reprezintă *conflictele* propriu-zise; acestea sunt forme de confruntări sociale civile, de mare anvergură, spontane, cu caracter brutal şi care apelează la violenţă; este vorba, în principal, despre o formă de violenţă fizică distructivă; aceste conflicte au mai mult caracterul unor mişcări spontane, dar pot fi şi pregătite în prealabil, după un plan minuţios, adesea într-o manieră de clandestinitate (complot, conjuraţie etc.); ele vizează persoane fizice care încarnează simboluri ale autorităţii, instituţii, dar şi ordinea socială; în principal însă, este

vizată puterea politică, fie a statului, fie a unui lider despotic autocrat (dictatorul); formele pe care le pot lua conflictele-confruntări sociale sunt reprezentate prin „lovituri de stat", „revoluții", „ciocniri de stradă" sau „lupte între grupele de interese rivale", „asasinate politice, teroriste" etc.; confruntarea între *masele revoltate* sau *grupurile de interese* și ordinea de stat se face cu organele de forță publică, armata, grupările rivale etc.;

c) cea de-a treia formă, de o maximă amploare, durată și gravitate prin natura și consecințele sale, o reprezintă *confruntările militare*; sunt conflicte care utilizează violența fizică extinsă la scară generală din punct de vedere social, sunt organizate, se bazează pe forță și urmăresc distrugerea și supunerea adversarilor; în sensul acesta este utilizată violența militară; formele sub care se pot prezenta astfel de conflicte sunt fie cele cu caracter activ, de violență fizică – *războaiele* –, fie cele cu caracter pasiv, de violență socială și morală – *ocupația militară*;

d) o a patra grupă o reprezintă conflictele dintre „grupurile de interese comune", aflate în concurență și care se subminează reciproc; este vorba, în cazul acesta, despre bandele de adolescenți, bandele de infractori și traficanți, grupările mafiote etc.; modalitatea de confruntare în cazul acestora e fie verbală (amenințări, șantaj, injurii etc.), fie fizică (violență corporală, crimă), fie morală (presiuni, amenințări, răpiri de persoane etc.); astfel de conflicte sunt limitate la o anumită categorie socială de indivizi, în special cei recrutați din lumea interlopă (persoane frustrate, cu carențe emoționale și educative, complexe de inferioritate etc.);

e) cea de-a cincea formă a conflictelor sociale o reprezintă *terorismul*; terorismul este violența fizică cu caracter de surpriză, urmărind efecte atât imediate, cât și la distanță, de factură psihologică și morală, de inducție a fricii, stărilor de tensiune și panică colectivă, nesiguranței, psihozelor colective, intimidării; sunt vizate instituții, grupuri de indivizi sau persoane, obiective strategice, economice, centre de comunicație și transport etc.; terorismul este o formă de violență fizică ce urmărește obținerea sau/și menținerea unor stări de tensiune și insecuritate socială cu efecte psihologice și morale negative, prin inducerea unor psihoze colective menite să slăbească și să destabilizeze societatea.

3. Imaginea socială a crizelor

Conflictele sociale sunt, așa cum am arătat mai sus, inseparabile de crizele sociale care le generează. Înțelegerea cauzei, a naturii și a tipurilor de conflicte depinde de cunoașterea situațiilor de criză socială. Este prin urmare absolut necesar să analizăm crizele sociale. Crizele apar ca o consecință a uzurii și, în cele din urmă, a devalorizării modelelor socioculturale care normează societatea respectivă. Această devalorizare duce la situații de anomie, dezechilibru, anarhie, haos și, în final, la dezechilibrul și dezagregarea sistemului social, ale instituțiilor, comunicării, conduitelor, activității etc. Apar stări de tensiune și conflicte care vor naște conduite de violență antisocială (delincvență, suicid, alcoolism, toxicomanie, vagabondaj, violuri, criminalitate etc.).

Crizele sunt expresia scăderii până la anulare a factorilor de control și normare socială, a „factorilor de cenzură", a micșorării coeziunii sociale, cu anularea statutelor și a rolurilor sociale. În aceste condiții, se produce o „eliberare haotică" a pulsiunilor colective ale maselor sub forma conflictelor sociale.

Obiectivele acestor „descărcări pulsionale colective" au un caracter simbolic și sunt reprezentate prin instituțiile și organele puterii, care devin „simbolurile crizei", considerate „cauze ale crizei".

În locul vechilor instituții și organisme social-statale apar „noi centre de putere", care organizează, conduc și întrețin conflictele și care generează o permanentă stare de tensiune socială. Acestea urmăresc instaurarea unei noi „stări de ordine socială", a unui nou „sistem de valori" socioculturale.

4. Consecințele crizelor sociale

Așa cum se poate deduce din cele prezentate mai sus, consecințele crizelor sociale sunt multiple și afectează atât instituțiile sociale, organele puterii de stat, comunicarea, conduitele, cât și starea de sănătate mintală sau echilibrul psihic, moral și social al comunităților social-umane. Aceste aspecte sunt esențiale și privesc în mod direct acțiunea de igienă mintală și măsurile de psihoprofilaxie.

Dincolo de caracteristicile etnopsihologice specifice fiecărui grup social, starea de sănătate mintală este influențată de valorile modelului sociocultural, tradiții, norme, modele de educație, stil de viață. Dezorganizarea acestor „factori modelatori sanogenetici" va avea consecințe imediate și la distanță, de diferite grade și forme, privind starea de sănătate mintală. Cele mai importante consecințe ale crizelor sociale sunt reprezentate de:

- schimbarea mentalităților, a modului de „a vedea" și de „a înțelege" viața și omul ca valori;
- schimbarea sensibilității, a gusturilor, a intereselor, dublată de apariția unor motivații noi, a unor noi aspirații de ideal;
- o nouă percepție a lumii și a omului, a societății și a formelor acesteia;
- noi modele de comportament, stil de gândire, comunicare individuală și/sau de grup.

Dar, dincolo de aceste schimbări, ce reclamă un efort considerabil de adaptare constând în „renunțarea/desprinderea" de vechile modele și „adoptarea/asimilarea" celor noi, trebuie să avem în vedere și impactul unor astfel de variații asupra stării de sănătate mintală.

Trecerea de la un „model sociocultural" la altul reprezintă o suită de factori stresanți, care dezechilibrează atât individul, cât și întregul grup de indivizi. Apar tulburări nevrotice, depresii, afecțiuni psihosomatice, conduite de refugiu patologic (alcoolism, toxicomanii), crize suicidare, conduite antisociale (vagabondaj, prostituție, violuri, crime etc.).

Un tip de manifestări de genul „reprezentărilor colective" (L. Lévy-Bruhl), cauzate de anumite forme de regresiune histero-emoționale de masă ce apar ca o consecință a epuizării emoțional-afective produse de stresul crizei sociale, îl reprezintă „refugiul colectiv într-un imaginar catastrofic", având teme de genul: „sfârșitul lumii", „cataclisme sau cutremure devastatoare", „ciocnirea Pământului cu meteoriți", „alinierea planetelor", „invazia extratereștrilor" etc.

Toate aceste „reprezentări colective" cu caracter absurd sunt consecința stării de panică colectivă generată de insecuritatea și tensiunea emoțională a maselor. Ele sunt adesea speculate și utilizate ca „tehnici de manipulare" de către anumite „grupuri de interese și putere", în scopul distragerii grupului social-uman de la realitatea problemelor

sociale grave ale crizei, prin transferarea „atenţiei" către alte categorii de „pericole imaginare", diferite de cele reale şi cu care nu se poate intra în conflict sau asupra cărora nu se poate acţiona, având un caracter de fatalitate.

Se poate vedea din cele de mai sus că stările de criză socială afectează în mod direct şi imediat sau la distanţă starea de sănătate mintală. În acest caz, se impune instituirea unor măsuri complexe de igienă mintală, atât individuală, cât şi colectivă.

5. Ieşirea din criză şi măsurile de igienă mintală

Orice criză socială este consecinţa unei „confruntări" între „lumea veche" şi „lumea nouă". Noul, pentru a putea lua locul vechiului, îl culpabilizează pe acesta, vechiul devenind o „victimă a istoriei" prin devalorizare. Impunerea noului şi a valorilor sale reprezintă o „traumă colectivă" care va trebui compensată. Ea este urmată, din aceste motive, atât de schimbări de structură, cât şi, mai ales, de schimbări sufleteşti, morale, socioculturale interne.

Noul se caracterizează prin apariţia şi impunerea unor noi sisteme de valori şi norme, care vor fi gestionate de o nouă „clasă conducătoare". Apar noi mecanisme ale puterii. Se instituie un nou stil de viaţă. În fine, apare o nouă formă de manifestare a stării de sănătate mintală.

Având în vedere aceste aspecte, este necesară, dincolo de adoptarea unor măsuri social-politice şi economice de redresare socială, şi adoptarea unor ample măsuri de acţiune de igienă mintală, pentru protejarea şi promovarea unei stări de sănătate mintală optime.

Acţiunea de igienă mintală special adaptată „ieşirii din criză" va trebui să urmărească mai multe „obiective" principale, şi anume:

a) evaluarea corectă a cauzelor care au produs şi întreţin criza;
b) evaluarea consecinţelor factorilor de criză socială asupra stării de sănătate mintală colectivă;
c) stabilirea unor strategii de acţiune a ansamblului de măsuri de igienă mintală;
d) planificarea şi desfăşurarea stadial-organizată a acţiunii de igienă mintală;
e) adoptarea şi aplicarea pe scară largă a unor „programe de igienă mintală" (educaţie, psihoprofilaxie, recuperare, propagandă prin mass-media etc.);
f) introducerea treptată a schimbărilor în scopul adaptării, întrucât bruscheţea lor poate avea un efect stresant, morbigenetic asupra stării de sănătate mintală;
g) introducerea unor „măsuri compensatorii" care să favorizeze „tranziţia de la vechi la nou" fără efecte nocive sau care să aibă cel puţin un caracter de „adaptare treptată";
h) combaterea tulburărilor stării de sănătate mintală;
i) accesul tuturor membrilor societăţii la factorii de progres, evitarea frustrărilor, a conflictelor, stabilirea unui climat psihosocial favorabil, de normalitate.

Din cele analizate mai sus se poate desprinde importanţa „crizelor sociale" în viaţa colectivităţilor umane şi se poate reţine acţiunea negativă a acestora asupra structurii şi dinamicii sociale, sub diferite aspecte. În cazul acesta, măsurile de igienă mintală sunt decisive.

Capitolul 33

Psihoigiena bolilor civilizaţiei

1. Cadrul general al problemei

Atunci când O. Spengler (*Declinul Occidentului*) a vorbit despre „declinul" şi „moartea" *culturii spirituale* prin transformarea acesteia în *civilizaţie materială*, nu a precizat în ce va consta şi nici ce aspecte va lua această „răsturnare" istorică. De altfel, aceste evaluări erau premature. El a făcut unele precizări şi remarci în ceea ce priveşte consecinţele evoluţiei tehnologice a societăţii viitoare (*L'homme et la technique*), reluând ulterior tema şi dezvoltând-o în plan politic (*Les années décisives*).

Revoluţia tehnologică şi consecinţele sale istorice au fost însă analizate atât de A. Toeffler (*Şocul viitorului*), cât şi de Z. Brzezinski (*La révolution technotronique*). Interesant şi semnificativ este faptul că toţi cei care s-au ocupat de studiul evoluţiei istorice a „destinului omenirii" (P.P. Negulescu, *Destinul omenirii*) au vorbit în primul rând despre ideea şi fenomenul de „progres social", dar numai din punct de vedere istoric, referindu-se poate prea puţin sau chiar deloc la consecinţele psihologice şi morale ale acestuia, deşi se ştie că schimbările sociale duc şi la schimbarea oamenilor.

Este foarte adevărat că nu se poate aduce o imputare acestor rezerve sau omisiuni în abordarea privitoare la „tematicile" discutate întrucât „reacţia psihologică" la progres este relativ întârziată şi încărcată de multă subiectivitate. În plus, mai trebuie admis faptul că progresul, sub toate aspectele lui, nu reprezintă o schimbare către altceva, decât în ceea ce priveşte aspectul său formal. În esenţa sa, el reprezintă o „ciocnire" sau un „conflict" axiologic, o criză a confruntării valorilor trecutului cu noile valori care „vin către prezent", anticipând schimbările din viitor. În sensul acesta, progresul apare, în mod paradoxal, ca o formă particulară de „conflict axiologic", ca un proces de răsturnare şi înlocuire a vechiului de către nou. În acest caz, ca oricare alt „proces de răsturnare", el este şi un „act revoluţionar", care declanşează o criză socială, destabilizând ordinea firească a Cetăţii şi, odată cu aceasta, echilibrul sufletesc al maselor.

Schimbările sociale de „structură" şi de „mentalitate", considerate drept forme de „trecere istorică" de la o etapă la alta, sunt reprezentate de „factori" de ordin axiologic. Aceste „crize" aduc în discuţie valabilitatea „vechilor norme" morale, religioase, culturale, juridice şi politice care construiau şi guvernau viaţa în Cetate.

Criza valorilor dezorganizează Cetatea, produce confuzie, anarhie şi, ca de fiecare dată, pune în discuţie „identitatea" Cetăţii, a comunităţii sociale de indivizi şi, în final, a fiecărui cetăţean în parte. Întrebări precum „Cine sunt EU?" şi „Cine suntem noi?" trebuie socotite „limita extremă" a „crizei sociale".

Ne aflăm în faţa unei „crize de identitate" de o serioasă gravitate, din cauza îndepărtării de tradiţiile şi valorile specifice pe care se întemeiau şi prin care funcţionau instituţiile Cetăţii şi ale comunităţii umane. Cea mai gravă problemă este „pierderea rădăcinilor", care duce la înstrăinare şi apoi la dizolvarea Cetăţii.

În aceste condiţii apar „schimbări", pe de o parte, din cauza „crizei valorilor", iar pe de altă parte, „reacţii la aceste schimbări". Aceste „mutaţii valorice" vor avea drept consecinţe şi o importantă „schimbare a oamenilor" (P.P. Negulescu, *Destinul omenirii*), forme noi şi diferite de acţiune, de comportament, de gândire, de sensibilitate, prin pierderea reperelor valorice morale şi religioase, dar şi prin absenţa factorilor de cenzură.

Schimbările rapide vor înlocui treptat „vechile forme" de stabilitate socială. Ele se vor produce extrem de rapid, chiar în decursul aceleiaşi generaţii, afectând comunicarea dintre oameni şi creând adevărate „conflicte" şi „rupturi" între generaţii, dar şi în interiorul aceleiaşi generaţii. Acest haos general al „schimbărilor" va afecta direct şi profund comunitatea social-umană printre altele, prin apariţia unor „boli ale civilizaţiei" care se dezvoltă pe fondul unei „epuizări social-valorice" generale. Ele sunt „efectul" schimbării, dar şi al căutării „formelor noi" de viaţă socială, precum şi preţul pe care-l solicită transformarea prin „factorii de progres" a Cetăţii şi a oamenilor săi.

2. Omul modern şi adaptarea sa la noile schimbări sociale

Omul modern apare în istorie ca un produs al „crizelor sociale". El este „omul revoltat", rezultat al schimbărilor aduse de progresul social-istoric. Este cel care „neagă" valorile tradiţionale ale trecutului, pe care le înlocuieşte cu noile „forme de viaţă socială". Dar, prin această negare a valorilor, omul modern, sedus de progres, se desprinde de propriul trecut, ajungând până la a se nega pe sine. În cele din urmă va fi azvârlit în anonimat, însingurat şi transformat într-o „fiinţă neliniştită şi slabă".

Omul tradiţional era produsul valorilor culturale, morale, religioase, un „om al continuităţii istorice" şi conservator al valorilor şi ordinii: „omul stabilităţii". Modul de viaţă tradiţional se desfăşura sub semnul echilibrului, al responsabilităţii şi cenzurii morale şi religioase, în interiorul unor „limite" trasate de prescripţiile şi normele morale, religioase şi culturale. Abaterea de la „ordinea valorică" era sancţionată social şi, prin aceasta, ea aducea după sine suferinţe morale.

Răsturnarea ordinii valorilor culturale s-a produs prin întâlnirea şi ciocnirea acestora cu factorii de progres care au impus valorile civilizaţiei materiale. Conflictul „cultură/civilizaţie" a dus la schimbări valorice profunde, datorate în principal evoluţiei ştiinţei şi tehnicii. Vrem să atragem atenţia că nu aducem nici un fel de imputare progresului tehnico-ştiinţific. El a reprezentat în istoria umanităţii o schimbare profundă, cu deschideri multiple. Problema este însă dată de „diferenţele" dintre dezvoltarea mult mai rapidă a ştiinţei şi tehnologiei şi evoluţia social-umană, mult mai lentă.

Un aspect important în ceea ce priveşte „factorii de progres" şi „schimbarea/evoluţia" omului îl constituie direcţia de utilizare a progresului tehnico-ştiinţific. Tot ceea ce s-a făcut şi se face în beneficiul omului (viaţă materială, hrană, habitat, sănătate/medicină etc.) este pozitiv. Însă utilizarea tehnologiei în alte direcţii (politice, militare, interese de grup etc.) este contrară evoluţiei pozitive a comunităţii social-umane, prin schimbarea ambientului, a modului de viaţă, a activităţii profesionale, a comunicării, a mijloacelor de trai etc.

Omul modern este un produs artificial, forţat, un produs al civilizaţiei care mai are nevoie de mult timp ca să poată asimila noutatea schimbărilor. El s-a născut şi se dezvoltă odată cu cercetările şi descoperirile ştiinţei şi tehnologiei, ale „ştiinţei pozitive", încât putem spune, metaforic, că este un „produs al gândirii şi al laboratoarelor ştiinţei". Din acest motiv „omul modern" este atât o *realitate obiectivă*, cât şi un *mit simbolic*. O contribuţie esenţială în „configurarea omului modern" au avut-o *teoria evoluţionistă* a lui Ch. Darwin, *filosofia pozitivă* a lui A. Comte şi *psihanaliza* lui S. Freud.

Pentru M. Foucault (*Cuvintele şi lucrurile*), omul este în egală măsură produsul culturii, dar şi al cunoştinţelor ştiinţifice despre el. Această dublă „imagine" a omului a creat confuzii şi contradicţii de ordin doctrinar referitoare la aceasta.

Trecerea de la tipul de *om tradiţional* la tipul de *om modern* s-a făcut, aşa cum rezultă din cele de mai sus, prin „rupturi" şi „conflicte" între generaţii, centrate pe contestarea şi refuzul trecutului. Tema centrală a acestui conflict este reprezentată de „identitate". Negarea trecutului înseamnă *negarea*, în sensul de *refuz*, a vechii identităţi, cu căutarea şi construirea uneia noi. Această „negare" este un act dialectic, prin care persoana pune în locul a „ceea ce este" altceva, mai exact „contrariul ei". Toate aceste schimbări care se produc în om, dar şi în Cetate reprezintă de fapt veritabile „momente istorice cruciale" de schimbare. Prin urmare, nu pot fi neglijate de igiena mintală.

3. Adaptarea continuă la schimbările progresului

Secolul XX a însemnat o schimbare profundă a lumii. Descoperirile ştiinţifice au impus noi valori, un nou stil de viaţă, o altă formă de sensibilitate, conduite şi modele de gândire noi, dar mai ales noi direcţii şi orizonturi istorice de viitor pentru omenire. Toate acestea solicitau individul şi grupul social, ce erau forţaţi să se adapteze unor schimbări continue, pe care trebuiau să le asimileze, şi, prin aceasta, să se schimbe.

Schimbările sociale au reprezentat progresul. Prin succesiunea rapidă a „noului", factorii de progres şi schimbările acestora au dus la o epuizare treptată generatoare de nelinişte şi la creşterea tensiunii psihice interioare, agravate de „contradicţiile" care apăreau între ordinea „Lumii vechi" şi cea a „Lumii noi". Neliniştea socială a indus o nelinişte individuală remarcată cu îngrijorare de personalităţi ale secolului XX care le-au comentat şi au încercat să le dea o explicaţie (Fr. Nitti, *L'inquiétude du monde*, F. Delaisi, *Les contradictions du monde moderne*, O. Spengler, *Les années decisives*).

Progresul impunea un efort de adaptare prin interiorizarea noului şi renunţarea la ceea ce existase anterior. Acest efort de „adaptare/interiorizare" a produs o stare de nelinişte, angoasă, confuzie şi epuizare sufletească şi morală. Apar un sentiment de nesiguranţă şi, odată cu el, perspectiva eşecului şi inutilitatea oricăror eforturi de stabilitate. Omul „în schimbare", precum şi lumea „care se schimbă" sunt permanent supuşi unor factori de presiune socială continuă de la care nu se pot sustrage. De la *relaţiile de cooperare* se va trece rapid şi masiv la *relaţiile de concurenţă*, totul concentrându-se într-o singură „direcţie/sector": „lupta pentru supravieţuire" (*struggle for life*).

Existenţa comună, construită în decursul timpului în conformitate cu spiritul de colaborare şi de comuniune, se destramă, determinând individul să se izoleze în singurătate, ca o formă de „apărare". Aceasta însă va cultiva angoasele, va genera

depresie, îngreunând capacitatea de înţelegere a ceea „ce se petrece în Lume", din cauza pierderii sensurilor acesteia. Totul va duce la concluzii pesimiste despre viaţă, la absurdul şi inutilitatea existenţei, eşuând în final în întrebarea dacă „viaţa merită sau nu să fie trăită" (A. Camus, „Sinuciderea filosofică").

Viaţa în izolare, lipsa de comunicare şi tensiunea anxioasă vor duce în cele din urmă la un model de existenţă nevrotică, cu efecte negative atât asupra sănătăţii mintale individuale, cât şi colective. Aceasta va favoriza alienarea individului, dizolvarea identităţii sale şi, odată cu aceasta, o „devalorizare" a persoanei umane, cu pierderea capacităţii de a-şi mai putea înţelege şi justifica propria existenţă.

Absurdul lumii şi al vieţii, precum şi alienarea omului, ca o consecinţă a acestuia, reprezintă „dublul efect" al pierderii „reperelor valorice" prin uzarea acestora, dar şi un rezultat al acţiunii factorilor de progres într-o perpetuă „schimbare/mobilitate" care, deşi urmăresc evoluţia societăţii, împiedică de fapt, prin rapiditatea succesiunii şi a diversităţii lor, stabilitatea şi funcţionarea continuă şi egală ca ritm ale sistemului social, cu efecte paradoxal negative asupra vieţii individului. În felul acesta, factorii de progres vor reprezenta o sursă de stres cu efecte negative asupra stării de sănătate mintală individuală şi colectivă. Tensiunea interpersonală, inadaptarea nevrotică, absenţa reperelor vor genera conflicte, conduite agresive, acte antisociale de tip delictual, dar şi conduite de refugiu de tipul alcoolismului şi toxicomaniei, migraţii populaţionale, creşterea ratei suicidului, tulburări psihice etc.

4. Sănătatea mintală şi progresul

Civilizaţia materială este rezultatul progresului tehnic, ştiinţific, informaţional şi are ca efect globalizarea societăţii. Progresul produce competiţii şi creează inegalităţi şi tensiuni importante în lumea modernă. Acestea vor avea un efect profund, variat şi de durată asupra stării de sănătate mintală.

Este incontestabil faptul că progresul va schimba lumea. El va fi adoptat de instituţii şi interiorizat de om, sfârşind prin a se impune ca o „stare de fapt", ca ceva acceptat drept „firesc", care nu va putea fi nici evitat şi nici modificat, devenind în final „model" şi „normă" socioculturale valorice, definitorii atât pentru Cetate, cât şi pentru comunitatea umană.

Profundele schimbări care se vor produce nu vor ocoli omul, din toate punctele de vedere, imprimând un mod de viaţă „artificial", construit de „facilităţile tehnologiei" etc. Ele vor crea o stare de dependenţă a omului faţă de valorile materiale ale vieţii (radio, TV, electricitate, transport, confort casnic, alimentaţie etc.). Se creează în acelaşi timp „mirajul" unei vieţi lipsite de griji şi de efort fizic, ceea ce impune o iluzie de „falsă independenţă" a omului modern. Aparent, viaţa cotidiană devine mai uşoară, dar ea este dublată de cursa continuă de acumulare, care sfârşeşte prin a epuiza şi a nevroza omul.

Aceste facilităţi de viaţă, oferite de progresul tehnologic, vor sfârşi prin a-l desprinde pe individ de trecutul său şi de a-l face dependent de prezent. Omul modern, devenit el însuşi un produs al progresului, va trăi exclusiv „închis în prezent". Dependent de tehnică, el va pierde treptat orice fel de iniţiativă şi creativitate, devenind un „robot uman unilateral" ca activitate şi preocupări, cu caracter stereotipic, o veritabilă „anexă robotizată" a „mecanismului social". Aceasta va duce, ca urmare a pierderii iniţiativei şi a responsabilităţii, la manipularea individului şi a maselor de indivizi.

Trăirea în prezent, aparent lipsită de griji şi preocupări, va îngusta orizontul mintal şi emoţional-afectiv, va stereotipiza conduitele şi va anula conflictele. Totul va fi rezultatul devalorizării individului, al pierderii identităţii şi a încrederii în sine. Omul modern devine un personaj anonim, fără rădăcini şi fără perspective, fără aspiraţii, limitat la trebuinţele primare, fundamentale pe care „societatea de consum" i le asigură.

Aceste „facilităţi", care, aparent, uşurează viaţa şi dau o „falsă libertate", sunt în realitate factori de fragilizare a sănătăţii mintale. Orice „eveniment" sau „situaţie" care perturbă acest „mecanism social" poate avea consecinţe extrem de grave asupra individului şi a comunităţii social-umane, aşa cum vom arăta mai departe.

5. Noile boli ale civilizaţiei

Fiecare epocă din evoluţia istorică a umanităţii are profilul ei specific de sănătate mintală, după cum, în egală măsură, pentru fiecare epocă este specifică o anumită patologie atât somatică, cât şi psihică. Aceasta ne dă dreptul să afirmăm că se poate vorbi despre o „istorie medicală" a umanităţii (M. Sendrail, *Histoire culturelle de la maladie*).

Acest aspect legat în egală măsură de *starea de sănătate mintală* şi de cea de *boală psihică* dovedeşte că, într-o anumită măsură, acestea sunt rezultatul factorilor de *dezvoltare* sau de *criză* social-istorică. Dinamica vieţii sociale se reflectă direct şi imediat asupra „formelor sufleteşti" ale colectivităţilor umane, având ca rezultate atât *sănătatea*, cât şi *boala*. Având în vedere această „dinamică medico-socială" care cade sub incidenţa imediată a igienei mintale individuale şi/sau colective, suntem obligaţi să cunoaştem factorii de sanogeneză şi factorii de morbigeneză pentru a putea institui „măsuri de igienă mintală" de factură psihoprofilactică, în vederea protejării populaţiei şi a prevenirii îmbolnăvirilor. Acest aspect se impune deosebit de imperios în cazul societăţii moderne, aşa cum am arătat deja mai sus.

Societatea modernă, pe lângă numeroasele sale avantaje produse de progresul general, aduce după sine şi o nouă formă de sănătate mintală, precum şi o nouă paletă de boli psihice, ambele fiind rezultatul progresului tehnologic, al noilor forme de viaţă, al noilor forme de comunicare şi relaţii interpersonale, al competiţiei etc. Se vorbeşte foarte mult despre o patologie socială specifică vieţii moderne: nevroze de inadaptare, depresii, suicid, toxicomanii, conduite de violenţă, accidente produse de tehnologiile moderne etc. Vom încerca în cele ce urmează să schiţăm cadrul medico-psiho-social al acestora.

Noile „cauze patogenetice"

În cadrul contextului general al „vieţii sociale moderne" se desprind câţiva „factori morbigenetici" specifici, care modifică starea de sănătate mintală colectivă şi individuală. În acest sens menţionăm următoarele aspecte:

a) aglomeraţiile populaţionale şi caracterul de „amestec intercultural" al acestora, odată cu creşterea rapidă a urbanizării;
b) schimbările rapide în structura şi funcţia instituţiilor tradiţionale şi înlocuirea cu cele noi, care antrenează o schimbare a oamenilor;
c) schimbările sunt resimţite ca „factori stresanţi", care suprasolicită individul şi grupul social-uman, apar fenomene de oboseală, epuizare, angoasă etc.;

d) uzura valorilor tradiţionale şi înlocuirea acestora cu „mode" care lipsesc comunităţile umane de „repere morale";
e) starea de anomie socială, cu consecinţele ei asupra vieţii colective;
f) pierderea treptată a identităţii şi dizolvarea individului/comunităţilor umane într-o stare de anonimat.

Manifestări patologice noi

Factorii morbigenetici menţionaţi mai sus produc o „patologie de civilizaţie" de o configuraţie nouă, neobişnuită, cu care comunităţile social-umane sunt obligate să se confrunte. În sensul acesta distingem următoarele aspecte:

a) tulburări de factură agresivă sau conduite de violenţă: violuri, crime, delincvenţă juvenilă, furt etc.;
b) conduite de refugiu şi abandon în care intră fugile patologice, vagabondajul, alcoolismul, toxicomaniile;
c) tulburări de personalitate caracterizate prin izolare, înstrăinare, conflictul/confuzia identităţii, negarea de sine şi a vieţii prin acte suicidare, reducerea comunicării etc.;
d) acţiuni de factură protestatară de de-socializare, caracterizate prin „refuzul social" al instituţiilor şi normelor sociale şi „asocierea în bande delictuale" care conferă protecţie, identitate etc.;
e) conduite deviante, de factură psihosexuală perversă, manifestate prin pedofilie, incest, acte de sadism, prostituţie etc.

Toate aspectele menţionate mai sus apar în contextul unor schimbări social-istorice cu care individul, cât şi comunităţile social-umane sunt obligaţi să se confrunte şi să le asimileze. Ele pregătesc „societatea de mâine". Un aspect deosebit de important al progresului social-istoric pe care l-am lăsat la urmă este reprezentat de efectul *progreselor tehnologiei* asupra indivizilor, precum şi de efectul citat de *mijloacele mass-media* (TV, radio, presă etc.). Spre deosebire de aspectele de mai sus, *tehnologia* şi *mass-media* au un rol aparte în configurarea psiho-socio-valorică a vieţii în Cetate. Ambele acţionează persuasiv, prin „inducţie sugestivă de masă", la configurarea unor forme de *civilizaţie a imaginii*, înlocuind în felul acesta formele tradiţionale ale *civilizaţiei cuvântului*. *Imaginile* vor înlocui *cuvântul*. Ele construiesc noul „personaj social" şi exercită fascinaţie asupra maselor, în special în rândul adolescenţilor şi al tineretului. Civilizaţia imaginii excită, provoacă, dă un sentiment general de libertate, de „a putea face orice" şi de a fi „oricum şi oricând". Imaginea desfiinţează „limitele". Acestea reprezintă cei mai nocivi factori de disoluţie morală a Cetăţii, dar şi a oamenilor săi.

6. Măsuri de igienă mintală

Având în vedere aspectele prezentate mai sus, se impun măsuri de igienă mintală cu caracter *psihoprofilactic*, dar şi *protector* pentru sănătatea mintală, specifice modului de viaţă modernă a comunităţilor social-umane. Acestea trebuie să aibă în vedere aspectele particulare ale factorilor de progres/schimbare socio-istorici şi de pregătire a populaţiei în vederea adoptării unor „forme noi de viaţă socială". Se va acorda o grijă specială

categoriilor populaţionale cu risc crescut (adolescenţii, tineretul, persoanele de vârsta a treia, imigranţii, familiile dezorganizate, cu venituri materiale mici, bolnavii psihici etc.).

Măsurile care se impun a fi instituite constau în educaţia şi instrucţia corectă a tineretului, fiind centrate pe direcţii de pregătire pentru viaţă, de adaptare şi asimilare a schimbărilor sociale: educaţie moral-cetăţenească, de comunicare şi relaţionare interpersonală; sprijinirea familiei; profesionalizarea şi retribuirea în funcţie de aptitudini şi performanţele obţinute; vacanţe, recreeri; măsuri de protecţie socială etc.

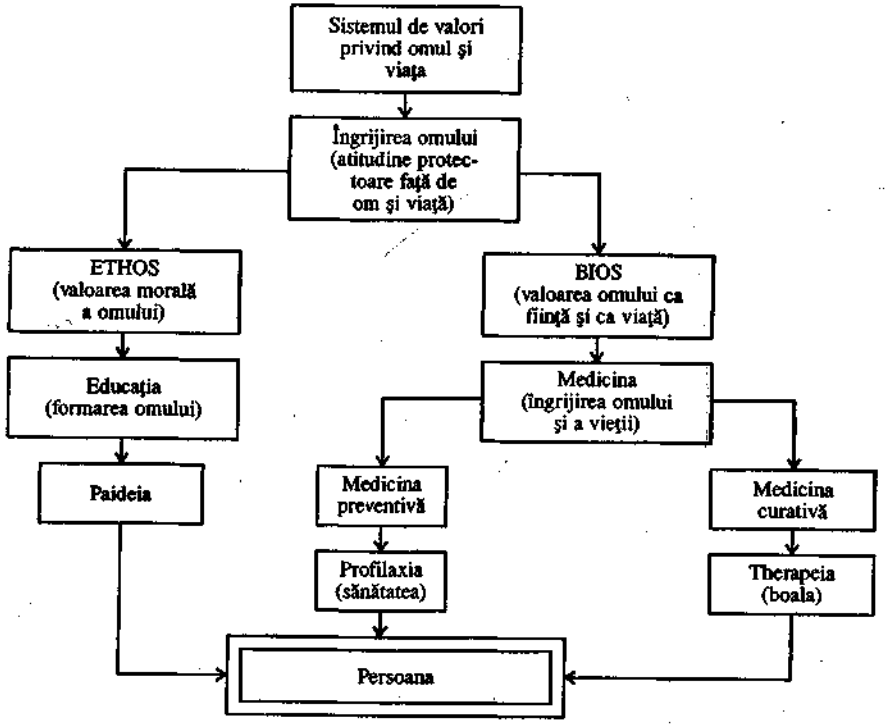
Trebuie să admitem faptul că „bolile civilizaţiei" sunt fenomene social-istorice inevitabile. Din acest motiv trebuie, pe cât posibil, „planificată" dezvoltarea socială şi evaluate ca măsură de prevenţie „efectele" acestor „schimbări" atât asupra Cetăţii, cât şi asupra oamenilor. Din acest motiv, „măsurile de igienă mintală" trebuie adaptate schimbărilor. Un rol important este reprezentat şi de corecta informare şi la timp a populaţiei cu privire la schimbările planificate, precum şi la cele imprevizibile/probabile care pot apărea, la consecinţele acestora.

Orice fel de schimbare presupune o „desprindere de trecut", de nişte stereotipuri sociale şi adoptarea altora noi. Aceasta solicită efort, învăţare, dar şi uzură, epuizare şi boală. Ele trebuie văzute şi înţelese ca fenomene naturale în viaţa Cetăţii şi tratate ca atare pentru a le putea găsi o soluţie.

Secţiunea a IV-a

Psihoprofilaxia

ethosul (valorile morale), iar pe de altă parte, se va urmări cultivarea şi ocrotirea omului ca fiinţă purtătoare de viaţă, în conformitate cu nevoile *biosului* (valorile biologice). Să analizăm în continuare aceste aspecte (vezi schema de mai jos).


Sistemul de valori privind omul şi viaţa
Îngrijirea omului (atitudine protectoare faţă de om şi viaţă)
ETHOS (valoarea morală a omului)
BIOS (valoarea omului ca fiinţă şi ca viaţă)
Educaţia (formarea omului)
Medicina (îngrijirea omului şi a vieţii)
Paideia
Medicina preventivă
Medicina curativă
Profilaxia (sănătatea)
Therapeia (boala)
Persoana

2. Îngrijirea omului şi a vieţii

Am stabilit că *acţiunea de îngrijire* este o atitudine protectoare faţă de om şi de viaţă, care se desfăşoară în două direcţii: *ethosul* şi *biosul* uman.

Ethosul reprezintă o acţiune complexă de îngrijire a omului, ce începe din momentul naşterii sale şi urmăreşte formarea acestuia ca persoană morală în conformitate cu un anumit sistem de valori care, la momentul istoric dat, reprezintă pentru societate „virtuţile" ce fac ca omul să fie demn de sine, în raporturile sale cu ceilalţi, şi care, dând un sens înalt vieţii, fac ca aceasta să merite să fie trăită. Ethosul organizează viaţa şi-i atribuie un sens în raport cu nevoile primare şi aspiraţiile secundare, spirituale ale omului, făcând din ea teatrul împlinirilor şi al desfăşurării de sine a umanului.

Îngrijirea morală a omului, educaţia acestuia au ca scop formarea omului, mai precis, a unor deprinderi, conduite şi acţiuni, a unei sensibilităţi, a unui model de gândire şi,

nu în ultimul rând, ca o încununare a acestora, a unei conştiinţe morale şi spirituale care concentrează în ea toate valorile interiorizate de om prin educaţie sau paideia. Procesul de educaţie se consideră încheiat în momentul în care omul devine el însuşi un exemplu, un model moral pentru ceilalţi, prin aceasta dobândind un nou statut, superior, în societate şi libertatea interioară de spirit.

Biosul reprezintă o acţiune complexă de îngrijire a omului ce are în vedere valoarea acestuia ca „fiinţă" şi ca „viaţă". Acest tip de îngrijire este aplicat pe tot parcursul vieţii individului, dar în mod diferenţiat, în raport cu necesităţile şi potenţialul somatic şi psihic ale fiecărei vârste sau etape de viaţă. Rolul acestei îngrijiri revine medicinei. Îngrijirea medicală se desfăşoară diferenţiat, în două direcţii precise: *medicina preventivă* şi *medicina curativă*.

Medicina preventivă sau *profilaxia* are ca obiectiv starea de sănătate a omului şi se aplică pe tot parcursul vieţii acestuia, începând din momentul naşterii. Profilaxia urmăreşte prevenirea bolilor, păstrarea şi dezvoltarea stării de sănătate somatică şi psihică a persoanei.

Medicina curativă sau *terapeutica* are ca obiectiv starea de boală a omului, somatică sau psihică, şi, la fel ca profilaxia, acţionează, în mod diferenţiat, specific, pe tot parcursul vieţii acestuia, din momentul naşterii. Măsurile terapeutice vizează suprimarea cauzelor îmbolnăvirii, anularea acţiunii factorilor nocivi, morbigenetici şi restabilirea stării de echilibru fiziologic şi psihologic tulburate de procesul patologic.

Toate „măsurile de îngrijire" a omului, fie că privesc „formarea omului" (*paideia*), fie că privesc „restaurarea omului" (*therapeia*), au acelaşi obiectiv: *omul* şi *viaţa* sa. Ne vom ocupa în continuare în mod special de formele profilaxiei.

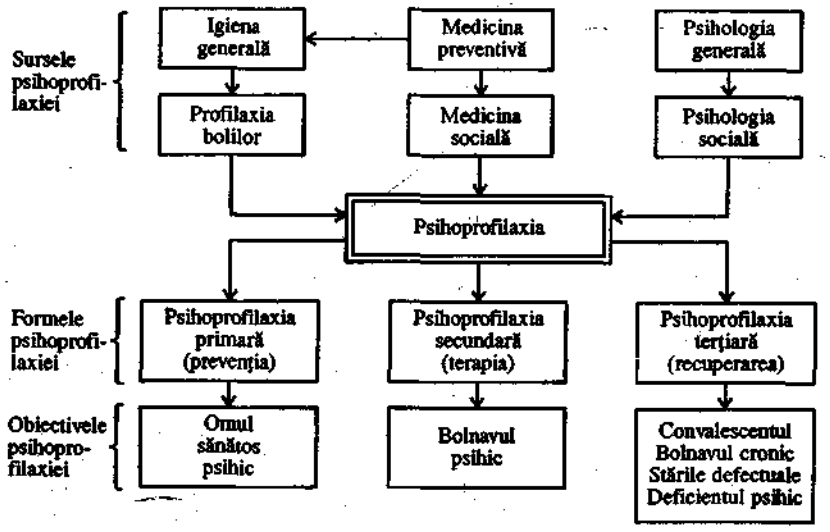
3. Domeniul şi formele profilaxiei

Profilaxia desemnează totalitatea măsurilor medicale şi medico-sociale (politice, economice, ecologice, profesionale, familiale etc.) care urmăresc menţinerea stării de sănătate şi prevenirea îmbolnăvirii persoanei şi ale comunităţilor sociale de indivizi. Ea reprezintă unul dintre domeniile specializate ale *igienei generale*, devenită astăzi, prin importanţa sa, un domeniu de sine stătător: *medicina preventivă*.

Obiectivele profilaxiei vizează atât individul, cât şi grupul de indivizi, din punct de vedere somatic şi psihic. Ca acţiune, ea îşi fixează, pe de o parte, atenţia asupra individului/maselor şi asupra vieţii acestora, iar pe de altă parte, îşi orientează demersul în direcţia acţiunii de prevenire a îmbolnăvirilor. Să analizăm aceste aspecte (vezi schema de mai jos).

1. *Planificarea vieţii* vizează în primul rând starea de sănătate individuală sau colectivă. Această „planificare a vieţii" are ca obiectiv elaborarea unui „program de viaţă" care să protejeze individul/masele, asigurându-i/le o stare de sănătate optimă pe tot parcursul existenţei. Pentru aceasta, se au în vedere următoarele obiective:
   a) asigurarea unor condiţii normale, lipsite de factori nocivi sau psihotraumatizanţi, a unui mediu securizant cu caracter de stabilitate;
   b) crearea unor condiţii de habitat corespunzătoare, plăcute, confortabile, comode şi utile;

capacităţilor restante sănătoase din sistemul personalităţii; o acţiune complexă de mobilizare a resurselor bolnavului şi de reutilizare a acestor capacităţi. În plus, se urmăreşte redarea statutului psihosocial al bolnavului, a rolului acestuia în familie, societate, profesiune. Prin aceste obiective, psihoprofilaxia devine mult mai mult decât o „tehnică medicală", fiind o atitudine larg umanistă.



Schema de mai sus reproduce sursele *acţiunii de psihoprofilaxie*, formele ei, precum şi obiectivele asupra cărora este centrată această acţiune.

Capitolul 35

Psihoigiena bolilor psihice (I)

1. Boala şi reacţiile bolnavului faţă de boală

După Leriche, boala se defineşte prin trei aspecte: o anumită stare a organismului; o anumită interpretare a medicului; o anumită conştiinţă a bolnavului.

Din punct de vedere psihologic, *boala* este percepută ca o *stare negativă*, iar *sănătatea*, ca un *sentiment pozitiv*, de siguranţă. Boala implică senzaţia de suferinţă şi slăbiciune. În plus, intervine şi anxietatea legată de pericolul şi ameninţarea sănătăţii şi a vieţii bolnavului.

La acestea se mai adaugă diagnosticul şi pronosticul, care implică două elemente contradictorii: aspectul negativ, anxiogen, în cazul confirmării unui diagnostic sever cu un pronostic defavorabil; aspectul pozitiv, tranchilizant, în cazul infirmării unei acţiuni grave, dându-i bolnavului speranţa pronostică a unui ajutor medical eficient şi total în rezolvarea afecţiunilor respective.

Un aspect important este legat de modul de comportare a bolnavului faţă de boală. În sensul acesta, factorii anxiogeni trebuie eliminaţi, iar bolnavul liniştit prin următoarele mijloace: încrederea în medic; inspirarea curajului; oferirea speranţei; spulberarea îndoielilor; confirmarea optimismului prin rezultatele terapeutice pozitive; susţinerea emoţional-afectivă.

Se poate desprinde concluzia că orice boală, indiferent de natura sa (somatică, psihică sau psihosomatică), este însoţită de o anumită stare de spirit a bolnavului, care se concretizează în „psihologia bolnavului". Din punct de vedere medical şi psihoigienic, suntem obligaţi să ţinem seama de aceste aspecte, întrucât de „moralul bolnavului", de starea sa psihică legată de evoluţia bolii depind în mare măsură succesul terapeutic, acceptarea de către bolnav a procedeelor terapeutice şi stabilirea unor relaţii pozitive de comunicare-colaborare între el şi medic în scopul rezolvării suferinţei. Din punct de vedere psihologic, orice boală se caracterizează prin trei elemente (J. Delay, P. Pichot): îngustarea sferei umanului; egocentrism; o atitudine ambivalentă de tiranie şi dependenţă.

Toate acestea traduc instalarea unui comportament de tip regresiv al persoanei umane în condiţiile apariţiei şi evoluţiei clinice ale unei boli. Aceste aspecte se vor reflecta în ceea ce priveşte dispoziţia afectivă, dar şi în comportamentul individului în cursul evoluţiei bolii sale.

Pentru J. Delay şi P. Pichot, elementele comportamentului modificat al bolnavului sunt următoarele:

a) *dependenţa în boală*: slăbiciunea şi suferinţa bolnavului fac ca alţii să se ocupe de el, bolnavul găsindu-se într-o stare mai mult sau mai puţin pronunţată de dependenţă;

dezvoltare normală a acesteia prin intervenţia unor „factori noi", care schimbă viaţa psihică în contrast cu dezvoltarea normală a personalităţii. Procesele cuprind un mare număr de boli psihice, fie că sunt procese psihoorganice cerebrale, fie că sunt alterări ale vieţii psihice fără distrugere organică.

Evoluţia bolilor psihice poate merge către ameliorare şi restaurarea completă, aşa cum se întâmplă în cursul stărilor reactive sau al nevrozelor; sau poate continua multă vreme, ca un proces, care în timp se stinge, operând transformări în sistemul personalităţii, cunoscute ca stări de remisiune cu defect postprocesual.

Tratamentele bolilor psihice influenţează în mod direct evoluţia acestora. Deşi intenţia oricărei terapeutici este vindecarea sau cel puţin ameliorarea bolii, în cursul tratamentului bolilor psihice pot apărea anumite accidente care modifică foarte mult evoluţia acestora, cum ar fi: starea de dependenţă de drogurile psihotrope; sindromul neuroleptic extrapiramidal; abuzul terapeutic; automedicaţia.

4. Traumatismul internării

Orice formă de tratament este resimţită ca o povară pentru bolnav. În plus, la bolnavul psihic aplicarea tratamentului întăreşte ideea că, „fiind necesar un tratament, individul este în mod sigur bolnav psihic", fapt care-i creează o anumită stare complexuală.

Al doilea aspect, mult mai important decât primul şi care nu poate fi mascat, este situaţia internării pentru tratament şi îngrijire sub supraveghere medicală într-un spital de psihiatrie. Dacă tratamentul jeneză, spitalizarea confirmă suspiciunea bolii psihice. Mentalitatea socială stigmatizează cu o deosebită brutalitate şi cu cinism cazurile persoanelor care au fost sau sunt internate în spitalele de boli mintale. Din acest motiv, internarea într-un spital de psihiatrie întâmpină de cele mai multe ori o rezistenţă puternică din partea bolnavilor şi adesea chiar o anumită reţinere din partea familiei acestora. Se cere cu insistenţă, atât de către bolnav, cât şi de către familia acestuia, renunţarea la internarea în spitalul de psihiatrie. Există în acest gest dorinţa de a se ocoli cu discreţie o problemă penibilă din viaţa sau din biografia individului.

Boala psihică, prin „imaginea sa socială", stigmatizează individul, plasându-l în afara societăţii sau la marginea ei. Este o situaţie unică în medicină, similară poate numai cu „imaginea socială" a bolilor venerice (sifilisul, blenoragia), a SIDA sau a altor afecţiuni „jenante" (parazitozele, TBC-ul etc.). În orice caz, faptul de a fi fost internat sau operat pentru o boală somatică nu influenţează, practic, cu nimic biografia individului. Se consideră un accident ca oricare altul; societatea îl compătimeşte pe bolnav şi-l ocroteşte. Din nefericire însă, boala psihică este infamantă. Modificând personalitatea, alienând individul de lume, ea va face ca societatea să aibă rezerve sau chiar o atitudine de respingere făţişă faţă de bolnavul psihic.

Pe aceste considerente, internarea este refuzată atât de bolnav, cât şi de familia acestuia. Sunt însă situaţii în care starea clinico-psihiatrică a bolnavului psihic impune în mod obligatoriu şi indiscutabil internarea sa într-un spital de psihiatrie (stări confuzionale, agitaţie, agresivitate, depresii grave melancoliforme, idei sau tentative de suicid, alcoolism cu tulburări neuropsihice, toxicomanie, stări delirant-halucinatorii, forme grave de paranoia cu potenţial antisocial, crize maniacale etc.). În aceste situaţii apare opoziţia netă din partea bolnavului, dar, dată fiind gravitatea stării sale clinice, internarea se face cu obligativitate.

Orice internare într-un spital de psihiatrie are o semnificaţie represivă, întrucât impune nişte „bariere" în relaţiile dintre bolnav şi societate. Din acest motiv, spitalele de psihiatrie au semnificaţia unor „instituţii totalitare, impunându-le indivizilor constrângeri prejudiciabile pentru satisfacerea nevoilor individuale şi susceptibile de a favoriza apariţia unor tulburări mintale" (P. Sivadon).

E. Goffman consideră „instituţii patogene", având un caracter de „instituţii totalitare", căminele pentru handicapaţi, sanatoriile, spitalele de psihiatrie, închisorile, lagărele de concentrare. Credem că se exagerează şi că nu se face nici o distincţie, nu se observă nuanţele, întrucât spitalul de psihiatrie este în primul rând o „instituţie terapeutică", având un caracter şi o organizare medicale, şi nu un regim carceral. Bolnavii psihic internaţi nu sunt supuşi unui regim de penitenciar, ci unui regim medical de tratament sub supraveghere.

Cu toate acestea, faptele de mai sus nu pot fi neglijate, ele confirmând apariţia unor tulburări specifice legate de internarea în spitalul de psihiatrie: regresiunea afectivă, cronicizarea bolii, adaptarea patologică, ruperea bruscă a continuităţii istorice a personalităţii etc. (P. Sivadon, R. Barton, H. Baruk, E. Goffman, E. Krafft-Ebing).

Orice instituţie poate fi patogenă, în perspectiva sociogenezei bolilor psihice, susţine P. Sivadon. Se produce o „ruptură adaptativă" cu o regresiune morbidă a bolnavului. Deşi se recunoaşte calitatea de sector medical terapeutic, spitalul de psihiatrie este considerat o „instituţie totalitară", fiind „însărcinat să reprime tulburările de conduită ale bolnavilor" (P. Sivadon).

Orice internare într-un spital de psihiatrie este resimţită de bolnav ca o privare de libertate, ca o claustrare carcerală. În al doilea rând, ea este percepută ca o degradare morală şi socială. În al treilea rând, ca o „separare", o scoatere din lume. Toate acestea vor antrena un întreg cortegiu de manifestări clinico-psihiatrice şi social-morale, resimţite direct şi intens de către bolnav. Acestea sunt următoarele: izolarea individului, cu ruperea comunicării cu familia sau prietenii; impresia de reprimare; carenţele emoţionale; starea de anxietate; sentimentul abandonului; privarea de libertate individuală; obligativitatea de a veni în contact cu alţi bolnavi psihic; contactele permanente cu persoanele responsabile de îngrijirea medicală; asimilarea personalităţii proprii cu mediul spitalicesc de psihiatrie.

În această situaţie apare „nevroza de spitalizare", ca o consecinţă a internării individului în spitalul de psihiatrie. Ca o reacţie adversă la spitalizare, bolnavii vor începe imediat să ducă tratative cu personalul îngrijitor, în primul rând cu medicii, pentru a li se face externarea cu trimitere la domiciliu. Vor căuta să transmită mesaje de acest fel familiilor lor, veritabile „apeluri" pentru a fi scoşi din spital. Dacă aceste încercări eşuează, bolnavii vor încerca să părăsească spitalul, înşelând vigilenţa personalului medical de supraveghere şi evadând. Se nasc în aceste situaţii complicaţii deosebit de neplăcute. Bolnavii vor fi readuşi la spital de familie, de serviciile medicale din teritoriu sau de organele de ordine. Aceasta va conduce la agravarea inadaptării şi repulsiei lor faţă de spitalizare, accentuând *traumatismul spitalizării*.

A doua categorie o reprezintă bolnavii cronici, care suferă de afecţiuni psihice cu evoluţie îndelungată, sau personalităţile cu defecte postprocesuale ce sunt internate de multă vreme, de luni sau ani, în spitalele de psihiatrie, în special în unităţile profilate pe îngrijirea *cazurile cronice*, de tipul căminelor-spital. Aceşti bolnavi au pierdut de mult contactul cu familiile proprii sau cu societatea şi sunt relativ *dependenţi* de viaţa

circumstanţele care l-au determinat pe individ să apeleze la simulare ca mijloc de rezolvare a problemelor sale.

6. Iatrogeniile

Alături de *simularea bolilor psihice* şi de *bolile psihice*, *iatrogeniile* ocupă un loc important, de care igiena mintală trebuie să ţină seama. Ele sunt afecţiuni situate în spaţiul clinic intermediar, între bolile psihice reale şi cele simulate. Ele fac parte din sfera patologiei psihice induse sugestiv şi se traduc prin tablouri clinice extrem de polimorfe, adesea cu o structură atipică, în care sunt intricate simptome variate într-o aceeaşi *construcţie patoplastică factice*.

Iatrogeniile pot fi produse prin autosugestie (boli imaginare, cenestopatii difuze, stări ipohondrice etc.) sau pot fi induse sugestiv, fie prin contactul cu medicii, fie printr-un proces de contagiune psihică, prin imitarea simptomatologiei unor bolnavi cu care subiectul vine în contact direct mai mult timp.

Factorul important este sugestibilitatea crescută a acestor indivizi, labilitatea lor emoţional-afectivă sau constituţia lor emoţională (E. Dupré), care creează un teren psihic favorabil *dezvoltării* unor tablouri clinice de tip iatrogen.

Măsurile de psihoigienă care se impun în cazul iatrogeniilor vizează sfera emoţional-afectivă a indivizilor, evitarea contactelor acestora cu alţi bolnavi psihic sau somatic, precum şi cu spitalele, policlinicile, laboratoarele de analize medicale, medicii sau personalul de îngrijire medicală.

În plus, se va avea în vedere aplicarea unor măsuri de educaţie corespunzătoare, evitarea literaturii medicale, a contactului cu medicamentele etc.

Capitolul 36

Psihoigiena bolilor psihice (II)

1. Vulnerabilitatea personalităţii şi bolile psihice

Apariţia bolilor psihice este legată de o anumită vulnerabilitate a personalităţii (R. Jouvent şi D. Widlöcher). Ea este corelată cu acţiunea factorilor de risc care-şi exercită acţiunea asupra personalităţii.

Periodic, psihopatologia oscilează între două tipuri de teorii:

a) de inspiraţie *structuralistă* şi *medicală*, urmărind diferenţele şi discontinuităţile între normal şi patologic;
b) de inspiraţie *dinamistă*, privind relaţiile dintre fenomenele normale şi caricaturile lor patologice.

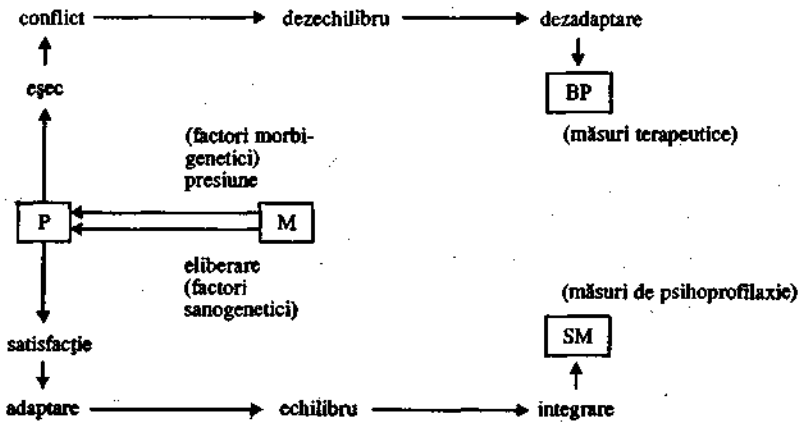
De aici rezultă că orice „obiect clinic" poate fi descris în funcţie de diferenţele, continuităţile sau similitudinile pe care le prezintă.

Un rol important revine în acest sens *tipologiilor clinico-patologice* şi, de aceea, în practica clinico-psihiatrică, se impune stabilirea unor *modele ale personalităţii* bazate pe trăsăturile imputabile sau vulnerabile ale acesteia, în cursul stărilor morbide ale individului. Acestea sunt:

a) *modelul etiologic*, ce pune accentul pe relaţia „cauză-efect" sau „agent patogen/personalitate";
b) *modelele structuraliste*, care iau în considerare trăsăturile de suprafaţă, imediat observabile, dependente de variabilele personalităţii, şi anume:
   - modelul lui Kernberg, ce pune accentul pe modalităţile generale de funcţionare mintală ca niveluri de organizare mergând de la normal la patologic;
   - modelul lui Bergeret, de tip categorialist, ce stabileşte o tipologie discontinuă între nivelurile de organizare şi aspectele cantitative (caracterele);
c) *modelul de acţiune*, între N (normal) şi P (patologic), ce pune accentul pe starea de normalitate, ce precede boala, şi starea de postmorbilogic, în cursul căreia „patologicul" (P) intră în conflict cu „normalul" (N) în cadrul aceluiaşi sistem de funcţiuni mintale ale personalităţii;
d) *modelul oscilator* (S. Freud), în cazul căruia observăm două mecanisme concurente şi opuse: mecanismul de apărare şi mecanismul contrafobic;
e) *modelul existenţial* (L. Binswanger), care pune accentul pe „istoria vieţii interioare" a persoanei; psihologia persoanei este considerată o „istorie personală de viaţă";

acest model a fost inspirat de psihanaliză (S. Freud, M. Robert), dar şi de analiza fenomenologică (E. Husserl) şi de existenţialism (M. Heidegger); un rol important este atribuit evenimentelor vieţii trăite de individ (E. Minkowski, K. Jaspers, S. Freud, K. Schneider).

Ţinând cont de aceste aspecte, se poate reprezenta schematic oscilaţia personalităţii (P) între sănătatea mintală (SM) şi boala psihică (BP), în raport cu factorii de vulnerabilitate şi mediu (M), aşa cum se poate vedea în figura de mai jos.



O problemă înrudită cu aceasta, care se pune atunci când este discutată „vulnerabilitatea patologică" a personalităţii, este cea a „comorbidităţii" (J.P. Lepine).

În general, *bolile psihice* nu sunt nici *unice* şi nici *unitare*. Boala psihică propriu-zisă este adesea însoţită de suferinţe auxiliare, anterioare sau structurale, de „fond" sau „constituţionale", ale personalităţii. Ele implică „procesul de comorbiditate". De aici şi dificultatea unui diagnostic psihiatric. Cu excepţia PGP descrise de Bayle, modelul anatomoclinic nu pare a fi aplicabil în psihiatrie, întrucât mecanismele fizio- şi psihopatologice au alte reguli.

Clasificarea bolilor psihice constă într-un model ierarhic de tulburări mintale privind succesiv „sindroamele organice cerebrale", „psihozele funcţionale", „nevrozele" şi „tulburările de personalitate".

Diagnosticul unei tulburări la un nivel dat exclude diagnosticul unei tulburări situate la un nivel ierarhic superior, însă anticipează existenţa manifestărilor psihopatologice la nivelurile inferioare (diagnosticul de schizofrenie îl exclude pe cel de sindrom psihoorganic cerebral, dar se poate însoţi de manifestări nevrotice). De aici şi dificultatea validităţii diagnosticului în psihiatrie. De asemenea, asistăm la existenţa unor multiple diagnostice la un acelaşi bolnav în cursul evoluţiei sale clinice şi al observaţiilor medicale repetate.

Termenul *comorbiditate* a fost introdus de A. Feinstein, ca reprezentând „orice entitate clinică adiţională care a existat sau care poate să survină în timpul evoluţiei clinice a unui pacient ce are deja stabilită o maladie" (A. Feinstein).

În sens strict, acest termen este limitat la bolile sau tulburările (şi nu simptomele) care pot să se asocieze sau care pot „cosurveni" (coexista, coapărea) într-o tulburare dată, dar nu sunt comorbide cu alte tulburări. Se poate vorbi de comorbiditate atunci când pacientul prezintă simptome din registrul a două tulburări diferite.

Comorbiditatea patogenică survine când un bolnav evoluează către complicaţii sau boli diferite de cea iniţială, dar care au legături etiologice cu aceasta (bolile cardiovasculare, renale şi diabetul; retinopatia, diabetul şi HTA etc.).

K. Merikangs consideră că pentru asocierea dintre două sau mai multe tulburări pot fi propuse mai multe explicaţii, după cum urmează: artefacte metodologice; erori de investigare; absenţa unor criterii precise de diagnostic; factori de confuzie; mascarea tulburărilor printr-o etiologie comună.

Toate aspectele mai sus prezentate pun în evidenţă necesitatea unei cunoaşteri detaliate a naturii bolilor mintale, a elementelor etiologice ale originii lor, a tipului de evoluţie (simplu sau asociat), în vederea instituirii măsurilor de psihoigienă.

2. Grupele nosologice şi igiena mintală

Concepţiile nosologice au înregistrat o interesantă şi complicată evoluţie, marcând – prin varietatea aspectelor care s-au disputat în sfera acestui domeniu – însăşi dezvoltarea gândirii clinice în psihiatrie.

Discuţia are ca punct de plecare, deosebit de important pentru igiena mintală, delimitarea *normalului* de *patologic* în domeniul vieţii psihice (G. Canguilhem, P. Berner, J. Suter, A. Morel, V. Magnan, K. Schneider, K. Jaspers), deşi nu se poate stabili o graniţă precisă între normal şi patologic în sfera vieţii psihice. În general, se vorbeşte de două tipuri:

- tipul *normal/echilibrat*, ce e o abstracţie pură; el este, din punct de vedere practic, tipul în cazul căruia gradul de anomalie e cel mai mic;
- tipul *anormal/dezechilibrat*, caracterizat printr-o serie de stigmate, ce reprezintă terenul care-l expune sau îl face vulnerabil la apariţia nevrozelor sau psihozelor (A. Morel, V. Magnan); aceasta este *teoria degenerescenţei*, ce implică un teren favorabil dezvoltării bolilor psihice; în sensul acesta, se disting două grupe de subiecţi (E. Régis, Genil-Perrin): subiecţii normali; degeneraţii – superiori, medii şi inferiori.

Termenul *degenerat* stigmatizează şi retrogradează persoana, aşa că s-a renunţat la utilizarea lui. E. Régis preferă denumirea de *originali* sau cea *dizarmonici* („fiinţă complexă, eterogenă, formată din elemente disproporţionate, din calităţi şi defecte contradictorii, dotată în unele privinţe şi lipsită în altele").

În prezent, se utilizează sintagma *constituţii psihopatice*, desemnând, de fapt, aceleaşi aspecte generale precum cele de mai sus (E. Kraepelin, E. Dupré, H. Claude, J. Sérieux, Capgras, E. Bleuler, K. Schneider, A. Petrilovitch, H. Ey).

Psihoigiena trebuie să dispună de „cadre clinice" sau de teme nosologice exacte pentru a putea stabili modurile de acţiune particulară pentru fiecare formă de predispoziţie morbidă în parte. În sensul acesta, au fost preferate mai multe *aspecte nosologice* care să reprezinte cadrul tematic de acţiune al psihoigienei bolilor psihice. Pentru aceasta, ne-am referit la următoarele: constituţia emotivă, constituţia psihastenică, constituţia

mitomaniacă, constituţia paranoică, constituţia ciclotimică, constituţia schizoidă, constituţia psihopatică, alcoolismul şi toxicomania, stările depresive, suicidul, afecţiunile psihosomatice. Le vom prezenta sintetic în continuare.

Constituţia emotivă sau *hiperemotivă* reprezintă o sensibilitate particulară la emoţii, ale căror manifestări – fiziologice şi psihologice – sunt exagerate atât în intensitate, cât şi ca durată. Ele se caracterizează şi printr-o stare de angoasă aproape permanentă. Pe acest teren se pot dezvolta psihozele depresive anxioase sau ideile delirante (E. Dupré, H. Claude).

Constituţia psihastenică reprezintă o stare obişnuită de emoţie, însoţită de incertitudine şi idei fixe care invadează conştiinţa, a căror absurditate subiectul o recunoaşte, dar pe care nu le poate suprima. Este un tip de constituţie autonomă, a scrupulelor, obsesiilor, fobiilor şi chiar a unor deliruri sistematizate, în special de tip melancolic sau ipohondric (P. Janet).

Constituţia mitomaniacă este tendinţa patologică de a minţi fără nici un interes vizibil, de a găsi plăcerea în alterarea adevărului, fabulaţie, simularea cu caracter automatic şi inconştient. Ea este terenul pe care se dezvoltă isteria, pitiatismul, delirurile imaginative (E. Dupré, J. Babinski, G. Clérambault).

Constituţia paranoică este tendinţa exagerată a orgoliului şi dominării, amestecată cu neîncrederea. Ea stă la baza delirului de interpretare (Sérieux şi Capgras). Genil-Perrin distinge următoarele trăsături clinice: supraestimarea propriului Eu, o neîncredere ostilă în ceea ce priveşte ambianţa, falsitatea judecăţilor, inadaptare socială.

Constituţia ciclotimică implică oscilaţiile permanente de activitate deasupra sau dedesubtul normalului, cu alternative de excitaţie euforică sau de inhibiţie depresivă. Din acest tip de constituţie se dezvoltă PMD, boala afectivă, depresiile, mania (E. Kraepelin, A. Kahlbaum, E. Kretschmer).

Constituţia schizoidă este tendinţa de a se închide în sine, fuga de viaţa reală, refugiul sau izolarea în reverie, imaginar, solitudine. Ea reprezintă terenul pe care se dezvoltă schizofrenia (E. Bleuler).

Constituţia psihopatică sau *„moral insanity"* este o slăbire a sentimentelor etice şi afective, cu tendinţă spre instabilitate, impulsivitate, hipersugestibilitate, tulburări de comportament şi acte antisociale, perversiuni sexuale etc. (K. Schneider, A. Petrilovitch).

Constituţia toxicomaniacă, în care este inclus şi alcoolismul, este dispoziţia psihopatică marcată printr-o apetenţă faţă de consumul de droguri sau băuturi alcoolice, de care individul devine dependent, degradându-şi treptat personalitatea, modificându-şi comportamentul prin adoptarea unui tip de conduite deviante sociopatice.

Stările depresive reprezintă un risc major pentru sănătatea mintală şi se manifestă prin dispoziţie tristă, ideaţie lentă, inactivitate, idei delirante de tip depresiv, anxietate, plâns, idei de suicid.

Suicidul constituie una dintre formele majore ale riscului nu numai pentru sănătatea mintală, ci şi pentru viaţa individului. Este caracterizat prin deprecierea imaginii de sine, dezgust pentru viaţă şi dorinţa de a muri, manifestate prin pulsiunea imperioasă de a-şi suprima propria viaţă.

Afecţiunile psihosomatice sunt un domeniu în care igiena mintală poate acţiona cu succes. Ele au un caracter polimorf, o etiologie şi mecanisme psihopatologice complexe. Având un rol determinant în alterarea stării de sănătate mintală, măsurile de psihoigienă le pot influenţa favorabil evoluţia.

3. Aspectele particulare ale igienei mintale la bolnavii psihic

Psihoigiena emotivilor şi a psihastenicilor

Principala indicaţie de psihoigienă este profilaxia, evitarea situaţiilor capabile să pună în joc sensibilitatea emoţională sau să trezească starea de anxietate. Două sunt scopurile acţiunii de igienă mintală în aceste cazuri:

1. satisfacerea tendinţelor emoţionale, a sensibilităţii afective şi a nevoii de confort emoţional, evitarea situaţiilor frustrante, a carenţelor emoţional-afective;
2. favorizarea prin aceasta a unui acord activ cu lumea exterioară, realizat prin următoarele mijloace: atmosferă calmă; căldură sufletească; protecţie emoţională; evitarea efortului, a luptei; satisfacţii emoţionale; securitate emoţională.

Psihoigiena mitomanilor, istericilor şi imaginativilor

Prima sarcină a psihoigienei în aceste cazuri este de a împiedica încă din copilărie dezvoltarea acestor trăsături de caracter la individul care prezintă un teren predispozant.

Se vor institui măsuri de educaţie psihopedagogică şi medico-pedagogică adecvate. Acestea vor consta în următoarele: relaţii deschise şi simple; evitarea constrângerilor, care ar putea duce la izolarea copilului şi închiderea în sine; evitarea brutalităţii, a teroarei; excluderea unor parteneri duri, brutali, rigizi, încăpăţânaţi sau dominanţi din anturaj; evitarea unor lecturi, spectacole, anturaje capabile să declanşeze hiperproducţia imaginaţiei; un regim de viaţă regulat, egal şi autocontrolat afectiv, fără emoţii artificiale şi o „galerie de spectatori"; evitarea utilizării substanţelor sau a medicamentelor cu efect euforizant (alcool, cafea, droguri etc.).

Psihoigiena paranoicilor

Psihoigiena paranoiei trebuie începută încă din copilărie sau de la vârsta adolescenţei. Astfel, trebuie combătute încăpăţânarea, orgoliul, ambiţiile absurde, spiritul dominant. De o mare importanţă este şi cultura intelectuală a individului, aceasta putând influenţa negativ trăsăturile de caracter ori declanşa idei prevalente sau chiar de tip delirant, pe un teren fragil.

Un rol deosebit îl au formarea individului, modelul educativ şi „modelul uman" pe care îl adoptă tânărul. În acest sens, trebuie evitate situaţiile vieţii care pot provoca o stare de „conversiune" spirituală, ideativă sau comportamentală.

Se vor evita situaţiile tensionate, stresul prelungit, condiţiile intelectuale ambigue, care pot genera suspiciune sau interpretări eronate. Se va cultiva o atitudine de deschidere şi toleranţă în relaţiile interpersonale, de comunicare liberă, deschisă.

Psihoigiena ciclotimicilor şi a schizoizilor

Tratarea acestor grupe constituţionale de psihoze la un loc este justificată prin existenţa unor aspecte comune: modificarea personalităţii şi tulburarea contactului cu realitatea.

Psihoigiena ciclotimicilor începe încă din copilărie şi adolescenţă, ea având aceleaşi caracteristici ca cele menţionate în cazul hiperemotivilor. Trebuie combătute abuzul de alcool, problemele apărute în cursul crizelor de dezvoltare sau involuţie psihobiologică (pubertate sau menopauză), oboseala, surmenajul, perioadele de lactaţie, lipsa de destindere, sedentarismul, izolarea etc.

Psihoigiena schizoizilor este similară măsurilor care se aplică în cazurile de mitomanie sau de hiperproducţie a imaginaţiei. Se vor combate izolarea, tendinţa spre închidere în sine, autismul, lecturile, spectacolele sau relaţiile care cultivă imaginarul, introspecţia, gândirea rigidă, simbolică, reveria. Se vor cultiva deschiderea către realitate şi relaţiile externe pozitive.

Psihoigiena psihopaţilor şi a constituţiilor perverse

Aceasta este o sarcină destul de greu de realizat. În aceste cazuri, măsurile de psihoigienă se aplică în mod diferenţiat, după cum urmează: la psihopaţii perverşi, de tip constituţional; în cazul stărilor psihopatoide, dobândite secundar, de tip postprocesual (posttraumatice, postpsihotice, postencefalitice, de pe parcursul evoluţiei alcoolismului sau al toxicomaniei etc.).

Măsurile generale de psihoigienă constau în: măsuri de educaţie; asistenţă moral-religioasă; măsuri antialcoolice şi antidrog; internarea în instituţii de specialitate; încadrarea în activităţi profesionale de diferite forme şi grade, conform capacităţilor psihice ale pacienţilor; dispensarizare.

Psihoigiena alcoolicilor şi a toxicomanilor

Se impun în primul rând măsuri de psihoprofilaxie. Se va ţine seama de terenul şi de ereditatea psihologice şi somatice ale acestor indivizi. Astfel, vor fi evitate contactele cu anturajele vicioase, răul model, modul de viaţă dezordonat, vagabondajul, conduitele de dependenţă, stările depresive şi anxioase, situaţiile de eşec şi orice ar putea duce la o „retragere din lume" cu refugiu în imaginar sau izolare.

O mare atenţie trebuie acordată stărilor hiperemoţionale sau ciclotimice, întrucât acestea pot să complice sau chiar să genereze formele de alcoolism periodic (dipsomania).

Se vor căuta forme de compensare a conflictelor, a frustrărilor, a carenţelor afective, a situaţiilor castratoare. Se va combate izolarea. Se vor institui măsuri de psihoterapie individuală sau de grup, terapii ocupaţionale; măsuri de protecţie şi susţinere ale Eului. Se vor urmări creşterea încrederii în sine şi integrarea indivizilor în familie, în grupul şcolar sau socioprofesional.

Psihoigiena tulburărilor psihice ale maternităţii

Perioada de maternitate prezintă importante riscuri pentru starea de sănătate mintală a femeii, manifestate fie în faza de gestaţie, fie postpartum, în faza de lactaţie. Acestea se reflectă în mod negativ şi asupra copilului.

Din aceste considerente, se impune o acţiune de psihoprofilaxie atât în perioada de gestaţie, cât şi postpartum. O importanţă deosebită prezintă amenajarea unui climat familial favorabil, protector şi securizant pentru viitoarea mamă, lipsit de conflicte, tensiuni emoţionale, oboseală fizică sau intelectuală. Se va evita utilizarea alcoolului, cafelei sau tutunului, drogurilor.

Viitoarea mamă va fi antrenată în ceea ce priveşte momentul naşterii, al venirii copilului pe lume, viitorul ei statut şi rolul său, relaţiile şi atitudinea faţă de copil. Sunt recomandate mişcarea, gimnastica, un regim alimentar echilibrat, normalizarea ritmului somn-veghe, destinderea intelectuală şi emoţional-afectivă.

Psihoigiena stărilor depresive şi a suicidului

Acest grup de tulburări psihice sunt destul de frecvent întâlnite asociate şi, din aceste considerente, sunt tratate împreună de către igiena mintală, deşi, aşa cum am mai arătat, constituie entităţi net diferenţiate.

Principalele măsuri de psihoigienă care se iau în aceste situaţii trebuie să aibă în vedere dacă este vorba despre modificări de tip endogen, legate de o anumită predispoziţie constituţională, sau mai există cazuri similare în familiile acestor bolnavi ori, dimpotrivă, dacă e vorba despre modificări de tip exogen, legate de situaţii conflictuale, la care indivizii dezvoltă manifestări de tip reactiv, depresiv, anxios sau conduite suicidare. Măsurile care se impun din punct de vedere psihoigienic sunt următoarele: evitarea situaţiilor de încordare emoţională; combaterea oboselii, a suprasolicitării sau surmenajului intelectual; evitarea situaţiilor conflictuale, a eşecurilor; relaţiile interpersonale pozitive, antrenante, cu evitarea situaţiilor care ar putea duce la izolare şi angoasă; activităţile distractive, antrenante, lecturile pozitive, care să dezvolte pofta de viaţă a indivizilor. În cazul apariţiei acestor tipuri de manifestări psihopatologice, se impune instituirea imediată a tratamentului de specialitate, psihoterapia, terapia de susţinere şi încurajare, dispensarizarea şi controlul periodic medico-psihiatric profilactic; crearea unui climat familial favorabil emoţional-afectiv, protector şi securizant; evitarea contactelor cu alte cazuri de indivizi care au comis tentative de suicid, pentru a nu fi favorizată inducţia sugestivă suicidară.

Psihoigiena nevrozelor şi a stărilor reactive

Prin marea lor frecvenţă, nevrozele şi stările reactive pun probleme deosebit de importante din punct de vedere psihoigienic. Ca tactică generală, se iau măsuri similare celor luate în cazul constituţiilor emotive, adaptate însă la situaţie. În sensul acesta, se impun următoarele: evitarea stărilor de tensiune emoţională prelungită, a oboselii sau a surmenajului intelectual; crearea unei ambianţe, a unui climat psihologic sau psihosocial

favorabile, la şcoală, la locul de muncă, în familie şi în grupul social; evitarea conflictelor, a unor confruntări directe cu situaţii sau evenimente psihotraumatizante; interzicerea consumului de alcool, cafea, droguri; interzicerea abuzului terapeutic sau a automedicaţiei cu substanţe tranchilizante; un regim de viaţă regulat, cu respectarea odihnei, a orelor de somn, alimentaţie echilibrată, evitarea exceselor; evitarea muncii în salturi, o activitate continuă şi echilibrată, conformă cu aptitudinile individului; alternarea activităţii profesionale cu activităţi recreative, jocuri, sport, călătorii, vacanţe, lecturi.

Psihoigiena afecţiunilor psihosomatice

Afecţiunile psihosomatice, prin natura etiologiei şi mecanismelor patogenice, beneficiază în mare măsură de acţiunea igienei mintale. Măsurile luate sunt, de multe ori, mai importante şi salutare prin rezultatele lor decât acţiunea terapeutică medicală, chirurgicală sau psihiatrică propriu-zisă. În sensul acesta, sunt recomandate următoarele măsuri: odihnă, cu evitarea efortului excesiv sau a activităţii în salturi; un regim de viaţă ordonat, cu respectarea programului de somn, alimentaţie echilibrată; evitarea oboselii sau a compensării acesteia prin aportul de euforizante (alcool, cafea, droguri psihotrope energizante sau euforizante); evitarea situaţiilor de încordare emoţional-afectivă, a traumatismelor psihice ale vieţii; adaptarea efortului la posibilităţile reale ale individului; evitarea situaţiilor stresante care pot pune în stare de alertă mecanismele de apărare biologică sau emoţional-afectivă ale individului.

Psihoigiena afecţiunilor iatrogenice

Psihoprofilaxia stărilor iatrogenice este deosebit de importantă şi pune probleme speciale, legate în primul rând de „terenul psihologic" al bolnavului, caracterizat printr-o mare *sensibilitate*, tendinţa spre *autoanaliză şi interpretare patologică* a stărilor sale fiziologice, toate dezvoltate pe un fond de sugestibilitate crescută. Acestea favorizează dezvoltarea unor forme de „patologie indusă sugestiv", cu caracter trenant, atipic şi adesea cu consecinţe grave pentru starea de sănătate mintală a persoanei respective. Cauza se află în abuzul de investigaţii şi controale medicale, de cele mai multe ori nejustificate, adesea susţinute de medici şi de personalul de îngrijire medicală, dublate de o „educaţie medicală" defectuoasă, care, în loc să explice, „încarcă" individul cu angoase, creând o „frică de boală" adesea nejustificată, ce generează „boli imaginare" ce vor ocupa treptat gândirea, emoţiile, preocupările individului respectiv. Se produce o veritabilă stare de *nevroză indusă*, pe care bolnavul o trăieşte ca pe o realitate proprie.

Măsurile de psihoigienă constau în primul rând într-o informare medico-psihologică corectă, evitarea psihotraumelor legate de propriul corp şi de sănătatea fizică, deturnarea preocupărilor narcisic-egocentrice, menajarea susceptibilităţilor individului, întărirea încrederii în sine şi, în final, psihoterapia.

Psihoigiena suferinţelor psihomorale

Suferinţele psihomorale nu trebuie considerate boli. Ele sunt momente de *criză sufletească şi morală*, „situaţii închise" ale vieţii care îi pun persoanei problema semnificaţiei propriei fiinţe şi a rostului vieţii sale. Aceste veritabile momente de „dezechilibru sufletesc" nu trebuie tratate ca boli, deşi afectează starea de sănătate mintală a individului. *Conştiinţa disperării şi a pierderii de sine nu este o conştiinţă morbidă, ci semnul unei* prăbuşiri morale a fiinţei umane. Ea poate duce însă, prin gravitatea ei, la boli psihice, de regulă de tip depresiv-melancoliform, şi chiar la suicid. Din acest motiv, măsurile de psihoigienă ca forme de psihoprofilaxie sau psihoterapia morală se impun în toate aceste cazuri.

Psihoprofilaxia va urmări evitarea situaţiilor psihotraumatizante, de criză, prin protejarea individului şi crearea unei ambianţe de încredere şi siguranţă. În cazul stărilor de „criză morală", individul trebuie consolat. El nu trebuie lăsat singur. Prezenţa celuilalt este certitudinea coparticipării la suferinţa sa. Trebuie să i se explice „starea critică" pe care o traversează şi să i se ofere totodată soluţiile de ieşire din impas. Singurătatea poate agrava starea de disperare, ducând la nevroze, depresii, suicid. Celui aflat în impas, igiena mintală trebuie să-i redea valorile pierdute şi să-i redeschidă accesul către viaţă şi dorinţa de a trăi.

4. Principiile de psihoigienă în psihiatrie

Importanţa care se acordă astăzi problemelor de psihoprofilaxie a stării de sănătate mintală în raport cu bolile psihice este considerabilă. Aceasta a făcut ca unii autori de specialitate să vorbească de o *psihiatrie preventivă* (E. Slater şi M. Roth, A. Lindemann, G. Caplan, A. Parad, L. Gruneberg, M. Ruesh etc.).

În scopul realizării acesteia, se impune instituirea unui program de igienă mintală pentru conservarea, stimularea şi dezvoltarea stării de sănătate mintală, atât individuală, cât şi comunitară. Acest program de psihoprofilaxie trebuie să se bazeze pe studii estimative ale tendinţelor evoluţiei dinamice, de perspectivă, a morbidităţii psihiatrice în comunitatea social-umană în care urmează a fi aplicat programul.

Programul de igienă mintală este o acţiune medico-psihosocială complexă, de protecţie, intervenţie şi recuperare sociopsihiatrică a stării de sănătate mintală a individului şi a membrilor comunităţii umane. Obiectivul principal al programului de igienă mintală îl reprezintă promovarea stării de sănătate mintală în comunitatea social-umană. Acesta prezintă trei aspecte: măsuri medicale de ordin terapeutic, măsuri medico-sociale de ordin psihoprofilactic, măsuri sociale de ordin protector-instituţionalizat.

Măsurile de ordin terapeutic, medicale, au ca obiectiv principal reducerea riscului bolilor mintale, prin combaterea factorilor morbigenetici. Mijloacele de realizare sunt următoarele: intervenţia terapeutică de urgenţă, cu eficienţă maximă; dispensarizarea indivizilor cu potenţial de risc crescut pentru bolile psihice; controale periodice preventive la lotul de populaţie ţinut sub supraveghere medicală.

Măsurile medico-sociale de ordin psihoprofilactic au ca obiectiv principal menţinerea unei rate scăzute a bolilor psihice în comunitatea umană, prin prevenirea acţiunii factorilor de risc asupra stării de sănătate mintală. Aceasta se realizează prin: ameliorarea condiţiilor de viaţă şi de muncă; măsuri de farmaco-vigilenţă; sondaje în grupul social-uman privind depistarea factorilor de risc morbigenetic; elaborarea unor programe medico-sociale adecvate de psihoprofilaxie, cu caracter realist; producerea de medicamente noi, superioare, cu acţiune optimă, lipsite de riscuri şi toxicitate, precum şi de fenomene secundare de dependenţă; supravegherea evoluţiei tendinţelor factorilor de risc pentru bolile mintale în comunitatea umană.

Măsurile sociale protectoare au ca obiectiv stimularea dezvoltării unei stări de sănătate mintală optimă în comunitatea umană, prin protejarea faţă de factorii de risc morbigenetic. Ea se realizează prin următoarele : protejarea indivizilor faţă de acţiunea morbigenetică, psihotraumatizantă a factorilor stresanţi ; măsuri de ordin psihopedagogic privind educarea individului în spiritul dobândirii unei rezistenţe faţă de factorii morbigenetici ; măsuri psihosociale privind optimizarea adaptării indivizilor la acţiunea factorilor de tip stresant ; studiul factorilor de risc morbigenetic pentru starea de sănătate mintală şi al mecanismelor lor de acţiune asupra indivizilor ; studiul proceselor de adaptare biopsihosocială a indivizilor la acţiunea factorilor de risc morbigenetic ; instituţionalizarea programului de igienă mintală, cu obligativitatea introducerii şi aplicării acestuia în practica psihiatrică curentă.

Ca o concluzie a celor de mai sus, se desprinde faptul că psihoigiena aplicată la sfera psihiatriei are câteva caracteristici proprii, care pot fi sintetizate în următoarele *principii* :

a) pentru reuşita acţiunii măsurilor de psihoigienă, este necesară cunoaşterea stării de morbiditate psihică în grupul populaţional de referinţă ;
b) depistarea factorilor de risc morbigenetic în comunitatea umană respectivă ;
c) depistarea precoce a bolilor psihice şi instituirea unui tratament adecvat pentru a opri evoluţia bolii ;
d) dispensarizarea populaţiei cu risc sau potenţial crescut faţă de bolile psihice, instituirea unor măsuri de supraveghere şi control medical periodic ;
e) instituirea unor tratamente adecvate la bolnavii psihic depistaţi în stare evolutivă ;
f) introducerea în practica curentă a medicamentelor cu acţiune lentă ;
g) crearea unui climat psihosocial favorabil, securizant, în familie, la locul de muncă, în grupul social ;
h) cultivarea unui tip de relaţii interpersonale pozitive ;
i) reorientarea şcolară sau profesională, după caz ;
j) reintegrarea socială complexă printr-un proces de resocializare.

Capitolul 37

Psihoigiena bolilor somatice

1. Boala somatică privită ca suferinţă psihică

Boala somatică, indiferent de cauza, natura sau intensitatea şi durata ei, reprezintă o stare deosebită, care, pe lângă procesul patologic în sine, exercită o influenţă şi asupra stării de spirit a bolnavului, a stării sale de sănătate mintală.

A. Păunescu-Podeanu remarcă faptul că „boala rezultă din îmbinarea variată de suferinţe de ordin subiectiv, manifestări funcţionale, alterări structurale, exprimate prin modificări obiective".

Pentru P. Le Gendre, atât *boala*, cât şi *bolnavul* sunt, în primul rând, concepte medicale de tip operaţional ale clinicii. Fiecare individ „face boala" într-o formă care-i este proprie, din punct de vedere biologic şi psihologic. Pe aceste considerente, trebuie acceptată vechea teză clinică ce afirmă că „nu există boli, ci bolnavi". Acest aspect scoate în evidenţă faptul că orice individ în stare de boală are anumite atitudini şi reacţii psihice care prezintă o valoare deosebită în ceea ce priveşte evoluţia clinică a bolii şi pronosticul acesteia, precum şi acţiunea şi efectele terapeuticii.

Orice suferinţă somatică este percepută de individ ca boală şi e asociată cu o stare de disconfort fiziologic, ce poate merge până la panica legată de un eventual risc vital major. Fiecare bolnav îşi construieşte o imagine despre boala sa, în conformitate cu propriul mod de reacţie emoţional-afectivă faţă de suferinţa prezentă. Imaginea pe care bolnavul şi-o creează referitor la propria boală este „tabloul autoplastic" al bolii (Goldscheider). Despre acest aspect subiectiv al bolii trăite de bolnav, A. Păunescu-Podeanu spune că „este rezultatul unui proces complex psihofiziologic de autoscopie, în care intervin, în proporţii variate, sensibilitatea bolnavului şi capacitatea lui de interpretare, apoi încordarea simţurilor şi a atenţiei, teama, neliniştea, imaginaţia lui".

Orice *boală somatică* se manifestă sub două aspecte. Pe de o parte, *tabloul clinic obiectiv*, care relevă modificările organice şi fiziologice cauzate de factorii etiologici morbizi, iar pe de altă parte, *tabloul clinic subiectiv*, reprezentat prin acuzele bolnavului, aşa cum sunt resimţite şi interpretate de acesta, în raport cu tulburările reale existente. Acest dublu aspect al bolii somatice este deosebit de important şi de el trebuie să se ţină seama în mod absolut obligatoriu.

Succesul terapeutic nu se datorează numai înlăturării cauzelor bolii şi restaurării funcţiilor alterate prin boală, ci şi, în egală măsură, restabilirii psihice a bolnavului, a stării sale de spirit, a moralului său. Din acest motiv, ori de câte ori ne aflăm în faţa unui bolnav somatic, nu trebuie să neglijăm starea sa morală, psihicul lui. P. Le Gendre spune

că „un medic care înțelege bine psihologia fiecărui bolnav este și un bun psiholog". Nu trebuie neglijată latura psihologică în nici o situație de boală, indiferent de natura gravității sale. Bolnavul trebuie ascultat, crezut, înțeles, ca să poată fi ajutat cu adevărat.

De aceea, orice contact al medicului cu un bolnav este și un contact psihologic nevăzut, care nu trebuie neglijat în nici o situație. De multe ori, tipul de apropiere a medicului de bolnav creează o ambianță de încredere, care deschide mari posibilități succesului terapeutic.

Suferința somatică nu trebuie privită în mod unilateral. Ea este o suferință generală a persoanei umane, care se reflectă în sfera conștiinței acesteia, ca o problematică existențială. Orice boală este, ca suferință, o „situație-limită" în sensul descris de K. Jaspers. Dar, în același timp, orice bolnav, ca om aflat în suferință, devine el însuși o „persoană-limită". Din acest motiv, boala trebuie înțeleasă ca o „limită ontologică", o alterare a modului de desfășurare normală a vieții individului. Aceste aspect este perceput în planul conștiinței ca un accident, pe care orice bolnav îl asociază pericolului vital. *Reacția unui individ la boală* este o formă complexă de manifestare a mecanismelor de apărare ale propriului său Eu. În sensul acesta trebuie înțelese și interpretate trăirile subiective ale bolnavului somatic în cursul evoluției bolii.

Întrucât această coparticipare psihică la suferința somatică poate avea diferite forme de implicare a stării de sănătate mintală, este de domeniul igienei mintale preocuparea legată de aspectele referitoare la psihologia bolnavului în scopul prevenirii unor decompensări psihice de ordin reactiv, nevrotic, anxios, depresiv etc.

2. Problemele psihologice ale bolnavului somatic

Atitudinea bolnavului somatic față de suferință este diferențiată. Ea se leagă de tipul de reacție, de nivelul de inteligență și cultură, de educația generală a acestuia. Unii indivizi trec cu mare ușurință peste suferințe. Alții caută să disimuleze afecțiunile de care suferă. Cei mai mulți însă manifestă o participare subiectivă de diferite forme și intensități în raport cu boala.

Numeroși specialiști s-au ocupat, în ultimele decenii, de studiul psihologiei bolnavilor somatic. O atenție deosebită le-a fost acordată bolnavilor de TBC, canceroșilor, leucemicilor, celor cu SIDA, celor cu afecțiuni cardiovasculare etc. (F. Meerwein, A. Melvin, R.G. Druss și D.S. Kornfeld, E. Kübler-Ross, Cl. Reverdin, R. Zumbrunnen, R. Poletti).

Afecțiunile somatice sunt însoțite de modificări ale dispoziției emoțional-afective sau chiar de reacții nevrotice, în raport cu durata evoluției bolii și cu gravitatea „imaginii" acesteia. *Imaginea bolii* are mai multe componente. Ea este, în primul rând, produsul imaginației bolnavului. În al doilea rând, este legată de atitudinea anturajului bolnavului, în principal a familiei, a celor mai apropiați de acesta. În al treilea rând, ea este produsul medicinei. În această privință, au un rol important următorii factori: consultațiile medicale repetate, la diferiți specialiști, și părerile variate, contradictorii ale acestora, investigațiile numeroase, schimbarea diagnosticului, tatonările terapeutice, internările în diferite instituții spitalicești etc.

Imaginea bolii, cu caracter subiectiv, este, incontestabil, rezultatul unor traume afective ale bolnavului. Acesta se încarcă emoțional-afectiv, preluând și prelucrând

senzațiile sale organice subiective, precum și informațiile provenite din mediu, toate constituind factori care fac să crească starea de tensiune psihică a bolnavului. El devine tot mai preocupat de boala sa, care, în câmpul conștiinței sale, capătă un aspect din ce în ce mai exagerat.

Imaginea bolii este însoțită de un sentiment de neliniște, de insecuritate, legat de pericolul ce amenință sănătatea, integritatea și, în final, însăși viața bolnavului respectiv. Toate acestea creează, pe lângă boala reală, o a doua suferință, psihică, de tip reactiv, provocată de trăirea subiectivă de către bolnav a propriei boli. Sunt chiar situații în care intervenția unui psihiatru este absolut necesară pentru tratarea acestor *stări subiective secundare*, de tip reactiv, în special la bolnavii cu suferințe somatice grave sau afecțiuni incurabile.

Cele mai frecvente manifestări psihiatrice care pot apărea în dinamica unor boli somatice cu evoluție trenantă sau cronice, severe, sunt stările de anxietate, panica patologică, depresia, insomniile, ideile de suicid de multe ori traduse în acte suicidare etc.

Toate acestea au atras în mod deosebit atenția specialiștilor, care au de înfruntat dificultăți sporite în cazul îngrijirii și tratării unor bolnavi cu reacții secundare de tip nevrotic.

Deosebit de semnificativ în această privință este faptul că soluțiile au venit din partea unor medici specialiști în boli interne, cardiologi, oncologi sau chirurgi și reanimatori, precum și a unor psihologi, mai puțin a psihiatrilor. Un domeniu deosebit de important în această privință îl reprezintă studiul psihologiei bolnavului (P. Le Gendre, M. Balint, A. Păunescu-Podeanu).

O contribuție remarcabilă în analiza acestei probleme este cea a lui E. Kübler-Ross, care a studiat psihologia bolnavului și modificările sale, începând din momentul șocului aflării diagnosticului până în faza terminală a bolii. Este cazul afecțiunilor grave, invalidante, sau al bolilor cronice incurabile, cu sfârșit letal. Excluzând atitudinea clinică veche, care proteja moralul bolnavului de șocul aflării realității bolii sale, ascunzându-i adevărul referitor la cauza bolii și pronosticul fatal, E. Kübler-Ross caută ca, prin metode psihoterapeutice adecvate, să redea echilibrul psihic și să restabilească starea de sănătate mintală ale bolnavilor cu afecțiuni cronice incurabile și sfârșit letal. Studiind psihologia bolnavilor cronici incurabili, indiferent de natura afecțiunii acestora, E. Kübler-Ross evidențiază existența a cinci stadii prin care trec aceștia din momentul aflării diagnosticului: *faza de negare*, în care diagnosticul stabilit este refuzat ca nefiind cel real; *faza de frică*, în care anxietatea invadează bolnavul, în legătură cu diagnosticul și pronosticul bolii; *faza de tocmeală*, în care bolnavul încearcă diferite formule de rezolvare colaterală a afecțiunii sale; *faza de depresie*, ca o decompensare reactivă și de epuizare a mecanismelor de apărare ale Eului bolnavului, cu instalarea unei stări depresive; *faza de acceptare*, când bolnavul dezarmează, acceptând resemnat împlinirea destinului.

În aceste cazuri, E. Kübler-Ross aplică metode eficiente de psihoterapie individuală sau de grup, cu bune rezultate în ceea ce privește evoluția stării de spirit, a moralului, a profilului psihologic și emoțional-afectiv ale acestor bolnavi. Scopul acestei psihoterapii este de a-i ajuta să poată depăși angoasa morții, de a putea continua să ducă o viață demnă și echilibrată psihic, chiar în starea de gravitate somatică pe care o implică afecțiunea lor.

3. Psihoigiena bolnavilor somatic

În cazul tuturor bolnavilor cu suferinţe somatice, indiferent de natura acestora, se impun măsuri de psihoigienă, insistându-se însă în cazurile cu afecţiuni medicale sau chirurgicale grave, cu pronostic sever.

Măsurile de psihoigienă vizează păstrarea echilibrului emoţional-afectiv al bolnavilor, crearea unei ambianţe comode, liniştite şi securizante, încurajarea şi antrenarea pentru a se evita anxietatea, neliniştea, instalarea depresiei, izolarea bolnavului şi închiderea în sine, ceea ce ar creşte riscul suicidului.

Este un tip de acţiune de igienă mintală extrem de delicată şi dificilă, care cere un tact deosebit, multă răbdare şi dăruire de sine din partea medicului sau a psihologului. Se vor evita discuţiile inutile, explicaţiile ştiinţifice pe care bolnavul nu le poate înţelege, dar care pot induce interpretări eronate din partea acestuia, agravându-i starea de tensiune anxioasă. Vor fi, de asemenea, evitate investigaţiile inutile, manevrele medicale lipsite de importanţă, aglomeraţia din jurul bolnavului, discuţiile separate cu familia acestuia.

Un rol important în aceste cazuri îl are familia bolnavilor. Ea trebuie „pregătită" de către medic în scopul susţinerii morale a bolnavului, căruia trebuie să i se acorde toată atenţia şi căldura afectivă necesare. Trebuie ca bolnavul să nu se simtă singur şi să aibă sentimentul siguranţei permanente. Familia nu trebuie să „preia" încărcătura emoţional-afectivă negativă a bolnavului legată de imaginea subiectivă a bolii, ci să adopte o atitudine tonică, de încurajare a acestuia.

Rolul esenţial îi revine însă medicului curant, personalului de îngrijire medicală şi ambianţei spitaliceşti. Toate trebuie să întrunească condiţiile unui confort psihologic-moral adecvat păstrării stării de echilibru psihic şi moral a bolnavului. Atenţie, ocrotire, încurajare, optimism şi demnitate, iată ce trebuie să afişeze personalul de îngrijire medicală faţă de bolnav.

Există însă un factor care favorizează dezvoltarea unor reacţii subiective negative ale bolnavului faţă de boala sa: opinia socială referitoare la sănătate şi boală. O educaţie sanitară rău condusă, care, în loc să favorizeze un spirit social pozitiv, creează panică şi frică de boală, poate declanşa o tensiune latentă deja preexistentă. Publicitatea exagerată care se face prin mass-media referitoare la: pericolul bolilor cronice, cancer, SIDA, afecţiunile cardiovasculare, bolile neuropsihice, în loc să deschidă calea unei acţiuni pozitive de igienă mintală, creşte anxietatea legată de aceste afecţiuni. Se creează o stare de panică, întreţinută şi cultivată prin acest sistem defectuos de pseudopropagandă sanitară. Educaţia sanitară trebuie făcută de persoane şi instituţii competente, trebuie să le fie încredinţată specialiştilor.

Aşa cum se poate deduce din cele de mai sus, este absolut necesar ca orice medic, indiferent de specialitate, să aibă cunoştinţe de igienă mintală. Aceeaşi cerinţă se impune şi personalului de îngrijire medicală din spitale sau unităţile din reţeaua ambulatorie. Atitudinea faţă de bolnavi şi familiile lor, modul de îngrijire şi conducere a tratamentului, prezentarea pronosticului sunt elemente esenţiale care trebuie avute în vedere în cazul îngrijirii bolnavilor.

Nesocotirea principiilor psihologiei medicale sau ale patologiei psihiatrice, în sfera practicii medicinei interne, a chirurgiei sau a specialităţilor înrudite, îngreunează în mare măsură, dacă nu chiar compromit în multe situaţii eforturile terapeutice.

Un aspect semnificativ în acest sens este reprezentat de renunţarea la practica şi serviciile medicinale, apelându-se la soluţii alternative. Acestea slăbesc încrederea în medic şi medicină şi, implicit, menţin starea de anxietate şi nesiguranţă, factori care fac să diminueze starea de sănătate mintală, capacităţile de apărare ale individului faţă de riscurile care pot tulbura echilibrul psihic.

Boala trebuie privită ca un accident, şi nu ca o fatalitate. Această abordare afectează mai puţin sfera psihică şi bolnavul poate suporta boala mai uşor. În plus, cooperarea cu medicul, personalul de îngrijire şi mediul spitalicesc e pozitivă, mai eficientă şi de scurtă durată.

Un rol important îi revine psihologului specialist în problemele de psihologie medicală, învestit cu acţiunea de psihoterapie a bolnavilor somatic. Aceasta este o etapă importantă în acţiunea de igienă mintală.

Se desprinde, prin urmare, concluzia că măsurile de igienă mintală pot acţiona cu deosebită eficienţă şi în domeniul bolilor somatice. Ele au rolul de a proteja bolnavul, ajutându-l să depăşească impasul în care se află din cauza afecţiunii sale.

Capitolul 38

Psihoigiena deficienţilor

1. Conceptul de *deficienţă*

Deficienţa nu trebuie confundată cu boala. Ea are altă semnificaţie: în timp ce boala implică alterarea structurală sau funcţională a organismului din punct de vedere somatic, psihic sau psihosomatic şi are drept caracteristică suferinţa, deficienţa nu implică suferinţa, ci invaliditatea. Ele au însă un element comun, şi anume starea de anomalie a individului.

Spre deosebire de boală, deficienţa este o stare de invaliditate, de pierdere sau inexistenţă congenitală a unei anumite aptitudini a individului. Această inaptitudine îl diferenţiază de ceilalţi indivizi, la care aptitudinea este prezentă. Pierderea aptitudinii la deficienţi poate fi parţială sau totală, poate interveni pe parcursul vieţii sau poate avea un caracter congenital, înnăscut sau dobândit ereditar.

Deficienţa poate apărea şi ca o consecinţă a evoluţiei cronice a unor boli sau se poate înfăţişa ca sechele ale unor boli. În acest caz, ea este o stare defectuală, o infirmitate de tip sechelar, care succedă evoluţiei clinice a bolilor, fie că e vorba despre boli somatice, fie despre boli psihice.

Din aspectele mai sus menţionate decurge cadrul extrem de larg al deficienţelor. Ele pot avea caracterul unor infirmităţi fizice, motorii sau senzoriale, dar pot fi şi deficienţe psihice sau de ordin metabolic congenital etc.

În cazul deficienţelor, nu avem de-a face cu aceeaşi situaţie psihologică, biologică, medicală şi socială întâlnită la bolnavii propriu-zişi. Deficienţii sunt purtătorii unor „stări defectuale" sau ai unor „infirmităţi" şi, cu excepţia deficienţilor psihici, nu prezintă tulburări mintale. Cu toate acestea, prezenţa infirmităţii lor, indiferent de natura sa, le conferă un anumit profil psihologic, legat de infirmitate, şi anume: ei au un tip deosebit de personalitate, cu anumite fragilităţi, care pot oricând reprezenta punctul de plecare al unor „probleme" de ordin psihologic sau psihosocial.

Un aspect particular îl constituie deficienţa psihică. Referitor la aceasta, G. Heuyer vorbeşte despre o stare de inadaptare la mediul familial, social, şcolar sau profesional, legată fie de factori individuali, fie de factori defavorabili de mediu. Pentru el, deficienţa intelectuală se caracterizează prin următoarele aspecte: alura globală; predominanţa insuficienţei intelectuale pe care o pot evidenţia şi evalua testele de inteligenţă; caracterul precoce sau congenital al acesteia; lentoarea şi limitarea dezvoltării psihice în raport cu copiii normali de aceeaşi vârstă; existenţa unor leziuni cerebrale ce împiedică dezvoltarea psihică normală.

Având în vedere caracterul polimorf al acestei grupe a deficienţilor, se impune adoptarea unor măsuri de igienă mintală, adaptate necesităţilor practice după caz, având ca scop protejarea personalităţii acestor categorii de indivizi.

2. Tipurile de deficienţă

În general, deficienţii se clasifică după natura şi tipul deficienţelor pe care le prezintă.

Termenul *deficienţă* implică o absenţă, un „minus", fie în sens organic, fie în sens funcţional, psihic sau fiziologic, fie în sens metabolic, ca „defect". Termenul *infirmitate* presupune mai curând absenţa unei părţi a corpului, care-l face pe individ incapabil de a dispune complet de propriul corp. Termenul, din ce în ce mai des folosit, *handicapat* desemnează în special un obstacol de natură fizică, senzorială, psihică sau neurologică, care-l face pe individ inapt de a exercita anumite funcţii (auz, vedere, mers, intelect, vorbire) în raport cu persoanele normale.

În cazul deficienţilor, normalitatea este definită din punctul de vedere al integralităţii corporale şi psihice, anormalitatea constituind nu o alternativă, ci o lipsă de integritate, fie somatică, fie psihică sau de altă natură.

Considerăm, prin urmare, că două sunt criteriile care trebuie să stea la baza aprecierii şi clasificării stărilor defectuoase: *integritatea* şi *funcţionalitatea*.

Integritatea este acea stare care defineşte sfera normalului reprezentând structurarea completă a individului din punctul de vedere al constituţiei sale somatopsihice.

Funcţionalitatea este acea aptitudine a sferei normalului reprezentând capacitatea sau aptitudinea individului de a fi sau de a funcţiona deplin, în conformitate cu starea sa de integritate psihobiologică.

Orice afectare adusă integrităţii sau funcţionalităţii unui individ care nu declanşează suferinţe patologice este o stare defectuală, o deficienţă.

Se poate vedea că între integritate şi funcţionalitate, ca principii, există o interdependenţă absolută şi că cel care primează este principiul integrităţii, acesta atrăgând după sine o deficienţă secundară de tip funcţional. De exemplu, o persoană căreia i s-a amputat un membru inferior nu mai este integră din punct de vedere biostructural, ceea ce va antrena un deficit funcţional, legat de imposibilitatea de a merge normal.

Atât integritatea, cât şi funcţionalitatea, atunci când sunt afectate, modifică psihologia individului, în primul rând răpindu-i libertatea de acţiune şi izolându-l. Ulterior, apar alte aspecte care decurg din primele.

Considerând, prin urmare, drept cele mai importante criterii referitoare la persoana psihobiologică integritatea şi funcţionalitatea, în ce priveşte stabilirea formei de deficienţă, mai adăugăm la acestea câteva aspecte ce rezultă pentru individ din faptul de a fi deficient: adaptarea, comunicarea şi comportamentul de un anumit tip.

Starea de deficienţă duce la o dezadaptare sau la o adaptare incompletă a individului, la limitarea capacităţii de comunicare sau pierderea totală a acesteia şi, prin urmare, la modificări importante în sfera comportamentului.

Având în vedere cele două criterii, integritatea şi funcţionalitatea, deficienţele se clasifică după cum urmează:

a) *deficienţe senzoriale*, care privesc defecte ale analizatorilor, în principal ale *analizatorului vizual* şi ale *analizatorului auditiv*; de aici şi cele două forme principale de deficienţi senzoriali: deficienţii de vedere şi deficienţii de auz;

b) *deficienţele psihice*, care cuprind defectele de dezvoltare şi maturizare ale sistemului nervos central, cu consecinţe asupra nivelului de dezvoltare a facultăţilor psihice, de regulă intelectuale şi instrumentale, ale acestei categorii de indivizi, în care intră stările de *oligofrenie*, incluzând următoarele forme: debilitatea mintală, imbecilitatea, idioţia;
c) *deficienţele neurologice*, care sunt defecte de dezvoltare a sistemului nervos central, cu consecinţe asupra integrităţii acestuia, având, de regulă, consecinţe privind funcţionalitatea în sfera motorie; în această categorie intră, în special, diplegiile infantile din grupa *Little*; trebuie notat faptul că, adesea, deficienţele psihice sunt asociate cu cele de ordin neurologic, realizând forme de deficienţe combinate, de tipul diplegiilor infantile cu imbecilitate sau idioţie etc.

Formele de deficienţe mai sus menţionate au, de regulă, un caracter congenital sau apar la o vârstă foarte tânără, perinatal sau în primele luni ale copilăriei, la nou-născut. În cazul în care ele se instalează pe parcursul vieţii, vor avea tot valoare de deficienţe, dar reprezintă sechelele unor afecţiuni sau accidente terapeutice (surditatea post-tratament cu streptomicină) etc.

Este deci cazul să luăm în considerare şi stările de deficienţă ce pot apărea pe parcursul vieţii la persoane caracterizate prin integritate constituţională şi care nu prezentau tulburări de funcţionalitate. Este cazul *stărilor de invaliditate*: *amputaţi*, *paraplegici*, *afazici* etc.

Se poate desprinde din cele de mai sus ideea că stările de deficienţă reprezintă un grup important de anomalii, care – deşi nu sunt afecţiuni patologice, boli în sensul strict al termenului – intră tot în sfera de interes a igienei mintale, beneficiind de un mare şi important aport al acesteia.

3. Statutul psihosocial al deficienţilor

Statutul psihosocial al deficienţilor este deosebit de important şi decurge din atitudinea societăţii faţă de deficienţă şi deficienţi, deoarece ea e cea care construieşte o anumită *imagine socială a omului*, care este investită cu valoare deplină în societate.

În trecut, de pildă, în Grecia antică (în perioada clasică), imaginea socială a omului era asociată integrităţii corporale, armoniei estetice şi morale şi aptitudinilor acestuia. Frumuseţea corporală, armonia formelor erau în raport direct cu armonia sufletului, cu echilibrul psihic. Orice abatere de la ordinea naturală a formelor era considerată un viciu, iar individul, marginalizat. În Sparta, statul lacedemonian elimina printr-un proces de selecţie de eugenie socială toţi indivizii ce prezentau tare fizice sau mintale; şi aceasta era o *imagine estetică a omului* din care decurgea *valoarea sa etică*.

În societatea noastră, imaginea socială nu mai are un caracter formal, extern, ci un caracter normativ şi este dată de conceptul antropocultural al *personalităţii de bază*, legat de valorile modelului sociocultural. În plus, aceste atribute sau dimensiuni psihoculturale interne definesc caracteristici comune tuturor indivizilor sau membrilor aceleiaşi comunităţi social-umane care sunt incluşi în sfera de acţiune formativă a aceluiaşi model sociocultural. Imaginea umană în societatea noastră nu se mai bazează pe norme formal-externe, ci pe normele de comportament şi integrare socioculturală. Este o mare diferenţă, care decurge dintr-o altă mentalitate.

Important este faptul că *modelul formal-extern* al omului impune o selecţie după criteriul *integrităţii*, pe când *modelul intern-cultural*, conform asimilării valorilor modelului sociocultural, impune o diferenţiere după criteriul *funcţionalităţii* şi cel al *adaptării/integrării* sociale ale individului. În acest fel se poate înţelege de ce în cetatea antică nu se putea vorbi de o igienă mintală, ci de o igienă socială – eugenia –, întrucât criteriile de apreciere priveau integritatea şi erau asociate aspectului de la naştere al individului. În comunitatea social-umană contemporană, balanţa înclinând către valorile morale, socioculturale ale individului, se poate vorbi de igiena mintală, şi nu de eugenie. Igiena mintală nu este o selecţie socială, impusă după criteriile formale ale eugeniei, ci o acţiune umanitară de protejare şi integrare în sfera aceluiaşi model sociocultural a tuturor categoriilor de indivizi ai aceleiaşi comunităţi social-umane, fără criterii de discriminare formal-externe. Eliminarea prin selecţie socială a fost înlocuită cu adaptarea şi reintegrarea socială ale indivizilor.

Se poate desprinde clar de aici faptul că şi *statutul social* al individului este diferit în raport cu *imaginea socială* a omului, cu mentalitatea socială şi cu modelul sociocultural. Aceste aspecte schimbă complet modul de a vedea şi de a înţelege persoana, libertatea, responsabilitatea, acţiunea şi voinţa, comportamentul, idealurile, în raport cu modul de organizare socială, relaţiile interpersonale etc.

Omul antic şi omul modern sunt modele absolut diferite, deşi exemplare, pentru că sunt produsul societăţii, al unor mentalităţi şi modele socioculturale profund diferite, al unor concepţii diferite despre lume.

Credem că nu greşim dacă apreciem că orice formă de igienă mintală se fundamentează pe un anumit tip de *Weltanschauung*, pe o anumită „concepţie despre lume". În această privinţă, se deschid două perspective: un tip de *societate deschisă*, tolerantă; un tip de *societate închisă*, constrictivă.

Societatea deschisă este o societate tolerantă, în care imaginea socială a omului se întemeiază pe un spirit de înţelegere. Persoana este percepută ca valoare prin calităţile sale sufleteşti intrinseci, prin ceea ce reprezintă.

Societatea închisă este o societate intolerantă, de tip totalitar, restrictiv, care impune o imagine socială a omului cu un caracter rigid, strict, conform unei ideologii, şi nu unui *Weltanschauung* dependent de natura liberă a valorilor modelului sociocultural. Persoana „nu mai poate fi" potrivit naturii şi tendinţelor sale firesti, ci ea „trebuie să fie" potrivit unui *model ideologic impus* (vezi modelul „omului nou", proclamat în România până în decembrie 1989).

Aspectele menţionate sunt deosebit de importante, întrucât de tipul de mentalitate socială şi de natura societăţii depind nu numai imaginea socială a omului, ci şi acţiunea de igienă mintală.

Pentru societăţile deschise, igiena mintală este formula care-şi găseşte posibilitatea liberă şi deplină de afirmare. Ea este o acţiune de promovare, protejare şi dezvoltare a stării de sănătate mintală pentru toţi membrii societăţilor respective.

În societăţile închise, igiena mintală este înlocuită de igiena socială, care impune criterii de selecţie formală de tip discriminatoriu. Criteriul unic este conservarea integrităţii individului şi eliminarea din societate a persoanelor cu defecte fizice, senzoriale sau psihice. Reintră din nou în acţiune *eugenia*, ca formă de manifestare de tip ultimativ a unei selecţii sociale, mascată de ideile purităţii rasiale şi ale igienei sociale.

Se poate desprinde din cele de mai sus concluzia că atitudinea societăţii faţă de deficienţi poate fi *protectiv-tolerantă* sau *discriminator-eliminativă*. De aici se deduc cu claritate statutul social al deficienţilor şi drepturile lor în cadrul societăţilor.

4. Măsuri de psihoigienă

Igiena mintală este o acţiune medico-psihosocială complexă, care implică antrenarea modelului sociocultural. Ea este o consecinţă a valorilor modelului social, a mentalităţii sociale şi a imaginii sociale a omului. Cu toate acestea, sunt tot mai dese astăzi presiunile care se fac pentru introducerea în sfera psihoigienei a unor metode eugenetice minore sau mascate (pe care le vom trata separat în capitolele următoare).

Pe lângă aspectele sale practice, igiena mintală mai este şi expresia unei mentalităţi, a unei atitudini faţă de om şi problemele acestuia. Un rol deosebit revine acţiunii de igienă mintală în cazul deficienţilor. De aici rezultă că igiena mintală nu se limitează la aspectele pur psihiatrice, ci îşi extinde aria de acţiune asupra tuturor problemelor psihoindividuale sau psihosociale ale întregii comunităţi social-umane, dincolo de simpla profilaxie a bolilor psihice.

Acţiunea psihoigienei în problema deficienţilor are câteva elemente caracteristice: protejarea psihică şi socială a acestora, prin atribuirea unui statut social ce respectă demnitatea umană; asigurarea locului lor în societate şi a drepturilor lor; măsuri privind adaptarea şcolară, profesională, familială şi socială a deficienţilor; măsuri speciale de şcolarizare şi profesionalizare în raport cu capacităţile de care dispun deficienţii; măsuri de protejare compensatorie a deficienţelor.

Capitolul 39

Psihoigiena persoanelor instituţionalizate

1. Cadrul general al problemei

Problema instituţionalizării este una dintre temele importante ale igienei mintale. Internarea într-o instituţie, indiferent de profilul acesteia (de ocrotire şi protecţie socială, de asistenţă medicală, de învăţământ şi educaţie, de reeducare, de constrângere punitivă etc.) operează o „separare" a individului de lume. Instituţionalizarea presupune obligativitatea desfăşurării existenţei într-un alt mediu, diferit de cel familial sau social: căminele de bătrâni sau pentru persoane handicapate abandonate de familiile lor ori pentru cei lipsiţi de familii personale, căminele-spital de bolnavi cronici cu tulburări somatice sau psihice, centrele de plasament pentru minori, centrele de reeducare pentru delincvenţii minori, unităţile militare, internatele de elevi, penitenciarele etc.

Dincolo de aspectele lor funcţionale cu o destinaţie precisă, aceste „instituţii" reprezintă un spaţiu social, psihologic şi moral cu o semnificaţie simbolică precisă. Ele „separă" din masa de indivizi ai cetăţii, ai societăţii respective acele „categorii de persoane" ce necesită, din cauza unor „nevoi speciale", un „regim de viaţă supravegheat", o permanentă „asistenţă specializată", „instrucţie şi educaţie speciale", în instituţii rezervate celor care, prin natura şi comportamentul lor psihosocial, fie nu se pot ajuta singuri, fie reprezintă un pericol social etc.

Instituţiile mai sus menţionate sunt organizate şi funcţionează după reguli stricte, în vederea realizării obiectivelor pe care şi le-au fixat. În interiorul lor există două categorii de persoane, fiecare având statute şi roluri bine definite:

a) personalul format profesional în vederea îndeplinirii atribuţiilor specifice scopurilor instituţiei respective (supraveghere, control, educaţie, instrucţie, asistenţă socială, îngrijiri medicale etc.);
b) persoanele internate şi aflate în îngrijire, sub supraveghere, tratament, pentru educaţie, instruire etc. în instituţia respectivă.

Între cele două categorii de persoane există raporturi de subordonare, iar sensul comunicării este de la personalul de îngrijire la persoanele asistate. Câteva elemente importante, de care depinde succesul sau eşecul funcţional al instituţiilor mai sus menţionate, sunt:

a) modul de organizare şi funcţionare ale instituţiilor;
b) dotarea materială a instituţiilor;
c) atitudinea personalului de îngrijire şi supraveghere faţă de persoanele instituţionalizate;

d) modalităţile de comunicare dintre personalul instituţiilor şi persoanele instituţionalizate;
e) atmosfera sau climatul afectiv şi de relaţionare din interiorul instituţiei, dintre personalul de îngrijire şi persoanele asistate sau dintre persoanele asistate;
f) relaţiile dintre instituţii şi societate, familie, şcoală, loc de muncă, Biserică etc.

Toate aceste elemente au o influenţă esenţială asupra evoluţiei stării de sănătate mintală, motiv pentru care problema persoanelor instituţionalizate intră sub incidenţa directă a igienei mintale.

2. Libertate şi constrângere

Viaţa individului, ca şi cea a grupului social-uman, are permanent tendinţa de a se manifesta liber, conform voinţei proprii. Acest fapt îl face însă pe individ să se lovească de „obstacole", de „limite" care-i sunt impuse din direcţii multiple: social-juridice, morale, religioase, culturale etc.

Orice formă de „limitare a libertăţii" individuale sau colective este percepută ca o „constrângere", ca o frustrare, ca o „situaţie castratoare" care limitează sau chiar răpeşte, suprimă în totalitate libertatea. Acest aspect operează o separaţie între lume şi instituţii. Lumea reprezintă spaţiul deschiderii, al libertăţii şi autonomiei, care permite o dezvoltare independentă a individului. Instituţia reprezintă un spaţiu închis, în interiorul căruia libertatea şi autonomia sunt pierdute, în locul lor fiind instituite normele de conduită obligatorii, strict supravegheate, ce au caracter de constrângere.

În funcţie de „mediul de dezvoltare/formare", vom avea două tipuri umane: *omul liber* din lume şi *omul constrâns* instituţionalizat. Fiecare din aceste tipuri va avea un anumit profil psihologic al personalităţii şi, implicit, un anumit tip de sănătate mintală.

Omul liber se va dezvolta independent, armonic, echilibrat, va fi capabil de iniţiativă, creativitate, flexibilitate în relaţii şi comunicare, egal în activitate. *Omul constrâns* se va dezvolta dependent de formele instituţionalizării, va avea o structură de tip nevrotic (frustrări, carenţe afective şi emoţionale) cu complexe de inferioritate şi/sau de culpabilitate, va fi inegal în comportament (timid sau agresiv), lipsit de iniţiativă, rigid în relaţii şi comunicare, adesea nemotivat pentru activitatea practică utilă.

Instituţionalizarea concepută cu cele mai bune intenţii produce adesea „tipuri umane" de o mare varietate a „nefirescului". Chiar dacă nu este vorba despre tulburări clinico-psihiatrice propriu-zise, ne aflăm, în numeroase situaţii, în faţa unor „tulburări de dezvoltare/formare" serioase ale personalităţii cu caracter structural *nevrotic*. Aceste aspecte, ce afectează în mod direct starea de sănătate mintală, sunt deosebit de importante pentru igiena mintală, căreia îi revine, practic, în întregime sarcina de a le *preveni* şi de a le *corecta*.

3. Profilul psihologic al persoanelor instituţionalizate

Am menţionat mai sus că procesul de instituţionalizare afectează în mod direct, în diferite forme şi grade, modul de formare a personalităţii individului. Am putea sistematiza aceste probleme în următoarele grupe:

- dificultăţi sau întârzieri de maturizare emoţional-afectivă;
- dificultăţi sau chiar tulburări de relaţionare şi comunicare;
- tulburări de identitate şi formare a Eului personal;
- o slabă frână morală datorată imaturizării Supra-Eului, cu slăbirea inhibiţiilor şi creşterea manifestă a potenţialului agresiv-pulsional;
- dificultăţi de adaptare în societate sau în colectivităţi (şcolară, profesională etc.);
- tulburări de comportament de diferite forme;
- tulburări motivaţionale, de sensibilitate şi gust, ale atitudinilor, nivelului de aspiraţii etc.

Toate acestea nu trebuie considerate însă tulburări clinico-psihiatrice. Ele privesc în primul rând formarea personalităţii şi în mod special formarea Eului şi a caracterului. Factorii care contribuie la acest proces sunt reprezentaţi prin:

a) dezvoltarea individului într-un mediu închis, tensionat, cu caracter represiv şi frustrant;
b) absenţa modelelor parentale şi înlocuirea lor cu „modele formale", cu caracter rigid, adesea represive sau castratoare; ele reprezintă *modele negative* sau *antimodele*, pe care persoanele instituţionalizate, în special copiii şi adolescenţii, le refuză; aceste modele le sunt impuse indivizilor împotriva voinţei lor; neavând însă alte posibilităţi de alegere a unui model, ei fie le vor imita, fie vor adopta condulte contrarii; imitaţia modelelor este, de cele mai multe ori, îndreptată către „modelele negative" care cultivă *violenţa* sau *servilismul* şi care, astfel, duc la succes imediat şi nu necesită un efort de învăţare sau interiorizare.

Rezultă din cele de mai sus că procesul de instituţionalizare nu poate oferi un „sistem de valori pozitive", întrucât, prin caracterul său represiv-castrator, el îndepărtează, pe de o parte, de valori persoanele instituţionalizate, iar pe de altă parte, dezvoltă atitudini şi conduite ostile valorilor pozitive, creând condiţii pentru aderarea la antimodelele devianţei.

Atât ambianţa negativă, cât şi absenţa modelului pozitiv vor avea o influenţă negativă importantă asupra personalităţii, în special în ceea ce priveşte rezolvarea situaţiei oedipiene, cu carenţe ulterioare severe pentru individ, care-i vor marca profund psihobiografia.

Având în vedere cele de mai sus, se poate spune că procesul de instituţionalizare generează, în mare măsură, un tip special de caracter şi comportament, pe care majoritatea specialiştilor îl numesc „nevroza de instituţionalizare" (P. Sivadon). Deşi nu se poate vorbi, în aceste cazuri, de tulburări clinico-psihiatrice, aşa cum am spus deja, totuşi această categorie de persoane prezintă serioase „probleme psihice" dintre cele mai variate. Mulţi dintre ei *sunt* sau *devin* „personalităţi anormale", „personalităţi nevrotice", „personalităţi psihopate" sau „personalităţi borderline". Tulburările de dezvoltare/formare a personalităţii fac ca această categorie de persoane să prezinte, din cauza „fragilităţii" lor psihice, un grad crescut de risc pentru afecţiunile psihiatrice. Formele clinice la care sunt cel mai frecvent expuse sunt alcoolismul, toxicomania, fuga şi vagabondajul, tulburările cu potenţial antisocial sau de dependenţă socială, psihopatiile.

După perioada de instituţionalizare, revenirea în societate a acestei categorii de indivizi va putea, în mare măsură, să compenseze frustrările şi carenţele acumulate. Unii însă, din cauza dificultăţilor de comunicare/relaţionare şi de adaptare, vor deveni personalităţi antisociale, dependenţi sociali sau, cum spuneam, bolnavi psihic. La toţi

aceşti indivizi, „psihobiografia" le va fi marcată de „experienţele psihotraumatizante" din cursul perioadei de instituţionalizare.

O caracteristică a psihobiografiei acestei categorii de indivizi, studiată de psihanaliză şi considerată ca având un rol major în formarea personalităţii, a Eului personal, este „traumatismul" sau „complexul originii" (S. Freud, M. Robert, O. Ranck). Nerezolvarea situaţiei oedipiene din cauza absenţei modelului parental emoţional-afectiv va duce la o slabă dezvoltare a Supra-Eului moral şi a identităţii Eului personal. Din aceste motive, astfel de persoane vor suferi de un complex de inferioritate, având un „sentiment de ruşine" şi de vinovăţie, pe care însă îl vor proiecta asupra societăţii şi a instituţiei în care s-au format şi faţă de care vor dezvolta conduite de aversiune. Societatea va fi considerată ca „vinovată", iar instituţia un „loc al ruşinii şi dezonoarei". Conduitele „pseudo-nevrotice" ale acestora trebuie înţelese ca fiind forme de „eliberare/compensare" a unor psihotraumatisme înscrise în propriile lor psihobiografii.

Având în vedere aceste aspecte, va trebui să admitem faptul că „nevroza de instituţionalizare" are un caracter cu totul special, fiind diferită de „nevroza-boală" din clinica psihiatrică.

4. Nevroza de instituţionalizare

Nevroza de instituţionalizare nu trebuie privită şi înţeleasă ca având aceeaşi semnificaţie cu entitatea clinico-nosologică omonimă din psihiatrie. Ea trebuie înţeleasă ca fiind o structură caracterială a personalităţii celor instituţionalizaţi, cauzată de frustrări, carenţe afective, situaţii castratoare etc. Substituirea situaţiei oedipiene cu complexe dintre cele mai diferite (inferioritate, ruşine, vinovăţie, inutilitate etc.) marchează psihobiografia acestor indivizi.

În această situaţie, „nevroza de instituţionalizare" apare ca o „reacţie" a individului exprimată printr-o extrem de largă gamă de „tulburări-simptome", a căror semnificaţie simbolică vizează fie desprinderea, fie compensarea situaţiilor complexuale, a frustrărilor etc. din trecutul acestei categorii de persoane.

Nevroza de instituţionalizare se poate manifesta prin două forme principale de comportament: *submisiv* sau *reactiv*. Să le analizăm în continuare.

Comportamentul submisiv este generat de anumite procese de regresiune globală a personalităţii, în primul rând de ordin afectiv, de îngustarea orizontului gândirii, a relaţiilor şi comunicării interpersonale, de pierderea iniţiativei. Toate acestea traduc o slăbire a Eului personal şi o anumită pierdere a identităţii. Individul devine dependent de instituţie şi de personalul de îngrijire. În acest caz, instituţia devine „casă-cămin", iar personalul de îngrijire încarnează „arhetipul patern", ambele cu caracter ocrotitor-securizant. Individul va avea un comportament servil, adaptat perfect la condiţiile impuse de instituţionalizare, pe care le consideră firesti şi necesare şi, din acest motiv, va refuza să le mai abandoneze, considerând lumea un „spaţiu al nesiguranţei şi al pericolului". Această categorie de persoane instituţionalizate se identifică deci cu instituţia respectivă.

Comportamentul în cauză are un caracter protestatar şi este expresia refuzului claustrării instituţionale. Această categorie de indivizi, cu un Eu tare, dar labil, nu se pot adapta la regimul de viaţă din instituţie, pe care-l resimt ca represiv şi din care încearcă

permanent, prin orice mijloace, să iasă. Între persoanele instituţionalizate şi personalul de îngrijire se instalează o permanentă stare de tensiune, conflicte, imposibilitatea de a realiza orice formă de comunicare. Instituţia este percepută ca un „loc al reprimării", iar personalul de îngrijire ca nişte „persoane ostile". Aceste persoane instituţionalizate vor încerca permanent să „iasă" din instituţie. Ele nu se pot adapta la modul de viaţă al acesteia. Formele de evadare sunt fie directe, de „ieşire forţată" din instituţie, fie de „ieşire simbolică". Cea de-a doua formă de evadare se manifestă în mod frecvent prin acte de suicid (şantajul suicidar, tentative de suicid sau chiar acte de suicid realizat), automutilări, greva foamei etc.

Atât forma „pasiv-submisivă", cât şi forma „activ-reactivă" sunt modalităţi de manifestare a nevrozei de instituţionalizare. Ele apar ca o consecinţă a „conflictelor de adaptare/comunicare" ale persoanelor instituţionalizate cu „rigorile" instituţiei în care se află. Ele nu sunt boli psihice, în sens clinico-psihiatric, ci „situaţii-limită" de viaţă, care depind ca rezolvare de măsurile de igienă mintală.

5. Psihoprofilaxia nevrozei de instituţionalizare

Măsurile de igienă mintală ce se impun în aceste circumstanţe au un caracter complex şi trebuie adaptate fiecărei instituţii în parte, în funcţie de specificul şi obiectivele pe care le urmăreşte. Măsurile de psihoprofilaxie vizează:

a) ameliorarea condiţiilor de instituţionalizare, în sensul de a accepta instituţia ca pe un „spaţiu ocrotitor/securizant";
b) recrutarea atentă a personalului de supraveghere-educaţie-îngrijire din cadrul instituţiei, întrucât, în numeroase cazuri, personalul s-a dovedit a avea variate şi serioase „probleme nevrotice", pe care le proiecta asupra celor instituţionalizaţi, în scopul detaşării de acestea;
c) utilizarea, în primul rând, a unor „metode psihologice" de terapie, comunicare educaţie specială şi recuperare a persoanelor instituţionalizate;
d) evitarea stărilor de tensiune, a situaţiilor conflictuale, a dezvoltării unor stări de dependenţă şi regresiune, a complexelor la persoanele instituţionalizate;
e) dezvoltarea unor motivaţii pozitive prin orientarea celor instituţionalizaţi către lume, în scopul formării şi recuperării acestora;
f) dezvoltarea şi consolidarea Eului personal şi interiorizarea unui sistem de valori sufleteşti şi morale la persoanele instituţionalizate, prin oferirea unor „modele" pozitive;
g) existenţa unor contacte permanente cu lumea ale spaţiului instituţionalizant, în scopul „deschiderii" care să anuleze sau, cel puţin, să atenueze „traumatismul instituţionalizării".

Secţiunea a V-a

Aspectele interdisciplinare ale igienei mintale

Capitolul 40

Educaţia şi igiena mintală

1. Igiena mintală ca mentalitate

Medicina şi igiena sunt printre cele mai vechi îndeletniciri umane (M. Sendrail). La originea sa, medicina a fost o „artă magică", integrată religiilor şi mitologiei, care s-a desprins ulterior de acestea, ca o formă particulară de gândire şi practică în lupta omului cu suferinţele şi boala (Th. Gomperz). Secolele ei de istorie sunt nu numai traducerea eforturilor de a învinge boala, ci şi expresia unor modele de gândire specifică (Th. Gomperz, M. Sendrail, E. Rist, P. Le Gendre). Astăzi, datorită extraordinarelor sale progrese în domeniul investigaţiilor funcţiilor normale şi patologice ale organismului uman, precum şi în domeniul terapeuticii, medicina a devenit o ştiinţă complexă şi ultraspecializată, tehnologiile medicale înlocuind în mare măsură practica clinică clasică. Vom asista oare, sub presiune tehnologiilor, la sfârşitul erei umaniste în medicină? Dacă da, atunci care vor fi modelele de gândire medicală ale viitorului? Iată câteva întrebări importante, care obligă la o serioasă meditaţie.

E. Minkowski spune: *„Car l'homme est fait pour rechercher l'humain"*. Tehnologiile medicale cele mai moderne, mai perfecţionate şi mai sofisticate privesc în primul rând şi aproape exclusiv corpul uman, partea somatică a persoanei. În sfera vieţii psihice, progresele sunt mai lente.

Tehnologiile medicale moderne sacrifică persoana în favoarea tehnologiilor. Omul încetează să mai fie considerat o fiinţă sensibilă şi raţională, o conştiinţă subiectivă. În medicina modernă, omul nu mai este „persoană", ci „obiectivul-om", iar *întâlnirea medic-bolnav*, cu toată încărcătura ei emoţional-afectivă şi morală, devine *tehnica medicală*. Asistăm, incontestabil, la o profundă mutaţie a valorilor, la o schimbare a modului de a gândi omul ca bolnav.

Medicina clinică priveşte bolnavul ca pe o fiinţă umană aflată în suferinţă, ca pe un om căruia trebuie să i se aline deopotrivă suferinţa fizică şi cea morală. Medicina modernă vede în boală o dereglare a unor mecanisme fiziologice care trebuie restaurate. În acest caz, omul nu mai este decât un „suport biologic", spaţiul în care se derulează acţiunea tehnologiilor medicale asupra bolii. Acesta este modelul de gândire al prezentului. Un model alarmant şi care ridică serioase probleme. Un tip de mentalitate specific pragmatismului material al lumii şi gândirii secolului XX, care va produce importante mutaţii în înţelegerea şi definirea omului.

În realitate, lucrurile sunt mult mai complexe, iar ceea ce a impus tehnologia medicală modernă nu este doar un moment de incontestabil progres tehnic, ci şi o profundă criză morală.

În fond, medicina este mult mai mult decât ceea ce pare ea în practică. Nu poate fi ignorată latura subiectivă a medicinei. Orice modificare fiziologică sau psihică este resimțită în sfera conștiinței ca un fapt neobișnuit, care creează îngrijorare. Orice suferință stârnește panică sau declanșează anxietatea. Suferința umană, ca *boală*, este însoțită în toate situațiile de o suferință morală, care exprimă o neliniște ontologică, pentru că orice boală e o amenințare a echilibrului vital, un pericol pentru integritatea individului și viața acestuia.

Medicina nu poate fi redusă la tehnologiile medicale. Nu putem anula aspectul trăirii psihologice particulare a omului bolnav și nu putem neglija latura morală, sufletească a bolii. În nici un caz clinica nu va putea fi și nu va trebui considerată o etapă depășită a medicinei. Dacă tehnologiile sunt superioare ca posibilități și rezultate terapeutice, ele nu pot niciodată înlocui sau oferi ceea ce reclamă sfera morală a medicinei pentru bolnav.

Deosebit de semnificative și demne de atenție sunt cele scrise de P. Jolly, în a doua jumătate a secolului al XIX-lea. Realizând o privire panoramică asupra medicinei, P. Jolly nota:

> Medicina nu este în întregime studiul clinic al leziunilor materiale ale organismului, nici al manifestărilor sale simptomatice. Ea nu este numai istoria naturală a omului bolnav. Ea are, de asemenea, principiile sale dogmatice, logica, morala, deontologia sa și, ca să spunem totul, ea are, de asemenea, filosofia sa plină de învățăminte, pe care practicianul nu trebuie să o ocolească fără a abdica de la misiunea sa, în care el va găsi mai multă lumină în studiul abstract al legilor vieții, al sănătății și al bolii, unde medicul alienist va putea să înțeleagă mai bine devianța inteligenței și tratamentul ei, unde omul de stat va putea să se edifice în marile probleme ale medicinei politice sau internaționale, iar economistul în ceea ce privește oportunitatea măsurilor de administrație sanitară și magistratul în interpretarea faptelor judiciare ale crimei.

Cât de actual e acest mod de a vedea și înțelege medicina! Departe de a fi un simplu mod de tratare a bolilor, medicina este și o practică morală, întrucât orice boală e o suferință, iar orice suferință este o durere morală resimțită de om în sfera conștiinței sale.

Din aceste considerente, spre deosebire de oricare alte domenii ale cunoașterii sau practicii umane, medicina este cea mai completă și mai integrativă dintre toate. Nu există persoană care să nu fi consultat medicul sau care să nu fi apelat la serviciile medicale. Chiar și acele persoane care s-au bucurat în cursul vieții de o stare de sănătate perfectă, fără să știe, au fost permanent în contact direct sau indirect cu medicina sau cu măsurile medico-sociale de ordin general, reprezentate fie prin acțiunile colective de igienă, fie, mai ales, prin mentalitatea medicală, parte integrantă a modelului sociocultural.

Sănătatea într-o societate civilizată este o *valoare*. Ca atare, ea se cere cultivată, păstrată și transmisă prin educație. În plus, ca valoare, ea se înscrie în sfera modelului sociocultural care normează formarea și dezvoltarea personalității umane, ale modelelor de gândire și comportament, ale acțiunilor noastre.

Fiecărei societăți îi sunt caracteristice tipuri specifice de valori, moduri în care societatea privește și „valorifică" sănătatea generală. Toate au la baza lor o anumită *idee despre om*, specifică societății respective. Concepția unei societăți despre sănătate este exprimată prin valorile medicale. Într-o societate civilizată, valorile medicale urmăresc, pe de o parte, păstrarea, promovarea și dezvoltarea sănătății individului, iar pe de altă parte, prevenirea și combaterea bolilor. Aceste deziderate constituie o adevărată formă de mentalitate socioculturală. Dacă sănătatea constituie o valoare medicală, boala este forma coruptă a valorii medicale.

Rezultă din cele de mai sus că medicina se desparte în două ramuri: *medicina preventivă*, care are ca scop păstrarea și promovarea sănătății, și *medicina curativă*, ce urmărește combaterea și tratarea bolilor.

Medicina preventivă cuprinde igiena generală, iar în cadrul acesteia un loc particular îl ocupă igiena mintală, având ca obiectiv promovarea sănătății mintale și profilaxia bolilor psihice.

Echilibrul sufletesc și armonia fac noblețea și distincția ființei umane. Ele sunt condiția esențială a progresului individului și a afirmării sale. Tocmai de aceea, din cele mai vechi timpuri ale civilizației umanității datează prescripții de igienă mintală. Ele au devenit cu vremea cutume, veritabile repere directoare ale organizării societății și ale formării personalității umane.

Nu există nici o societate civilizată care să nu gândească omul din perspectiva sănătății mintale, a armoniei interioare și a echilibrului sufletesc. Normele de igienă mintală sunt înscrise în codul sociocultural al modelului care conduce societatea.

În egală măsură însă, și perceptele igienei mintale influențează mentalitatea socială și ideea despre om. Orice model cultural apelează la principiile igienei mintale atunci când elaborează modelul uman. O mentalitate socială influențată de principiile igienei mintale trebuie să se impună cu prudență și tact. Pe de altă parte, o asemenea mentalitate implică o cultură și o educație prealabile, care să-l facă pe individ să recepteze principiile igienei mintale. Un rol esențial revine cunoașterii de sine și autocontrolului, ridicate la gradul de supreme virtuți morale. Cunoașterea de sine deschide calea autocontrolului, dar și a progresului către perfecțiune. Prin acestea, igiena mintală devine un mijloc de educație intelectuală și morală, dar și o modalitate de a înțelege și de a gândi omul. De aici ideile pot fi extinse la grupul social-uman și la întreaga societate.

Spre deosebire de igiena generală, ce formează habitudini, igiena mintală formează mentalități superioare, de care depind caracterul, modelarea comportamentului, normarea relațiilor interumane, cooperarea și toleranța între indivizi, precum și între indivizi și societate.

2. Principiile și scopurile educației sănătății mintale

Principiile care stau la baza educației sanitare în domeniul igienei mintale constau în stabilirea celor mai adecvate căi de păstrare, dezvoltare și perfecționare ale sănătății mintale a individului.

Se postulează că orice persoană trebuie să dispună de o sănătate mintală optimă, capabilă de a-i conferi capacitatea de adaptare la mediul social și natural, de a avea un comportament adecvat și de a desfășura o activitate utilă pentru sine și pentru societate. Acesta este punctul de vedere teoretic. În fapt, fiecare individ dispune de o stare de sănătate mintală potențială specifică și proprie, în raport cu biopsihotipul său, cu factorii naturali, sociali sau educaționali pe care-i asimilează în decursul vieții, cu zestrea sa ereditară.

Este greu de spus ce potențial de sănătate mintală se află la dispoziția unui individ. Acesta diferă foarte mult (așa cum am arătat deja, când am analizat *normalitatea* și *anormalitatea*) și, din aceste considerente, preferăm să discutăm despre *potențialul psihic* al individului. Considerăm că acesta este un concept mult mai adecvat, implicând atât aspectele funciare ale normalității, cât și pe cele ale anormalității.

Deşi, din punct de vedere statistic, media populaţională stabileşte nivelul de sănătate mintală, iar extremele, starea de boală sau devianţă, lucrurile trebuie privite mai nuanţat. Când ne referim la grupul populaţional, vom folosi conceptul de *sănătate mintală medie*; când ne referim la individ, vorbim de *sănătate mintală individuală*. Credem că trebuie făcută o precizare în această privinţă. *Sănătatea mintală medie* este etalonul global după care se apreciază sau la care se referă orice acţiune sau judecată de igienă mintală în cazul unei populaţii date. Ea reprezintă criteriul conform căruia este apreciată sănătatea mintală a indivizilor grupului respectiv sau *sănătatea mintală individuală*.

Întrucât sănătatea mintală globală este indicatorul de sănătate a unei populaţii, ea este expresia valorilor normative ale modelului sociocultural care acţionează în cadrul societăţii respective. Din această cauză, sănătatea mintală globală devine un indicator prin care se apreciază sănătatea mintală individuală.

Un individ nu poate exista în afara grupului social. Din acest motiv, el este etichetat conform normelor grupului căruia îi aparţine.

Principiile formativ-educative ale stării de sănătate mintală vizează, prin urmare, sănătatea mintală globală, căreia i se subordonează sănătatea mintală individuală. Aceste principii formative sunt legate de modelul sociocultural.

Educaţia sanitară privitoare la sănătatea mintală trebuie să înceapă din copilărie şi să se desfăşoare pe parcursul întregii vieţi. Ea trebuie să-i imprime individului câteva principii fundamentale, care să devină reguli obligatorii de viaţă. Principiile de educaţie a persoanei în vederea păstrării şi promovării unei sănătăţi mintale optime au un caracter psihopedagogic şi moral, vizând formarea personalităţii şi a unui model de viaţă pozitive pentru individ.

În sensul celor mai sus menţionate, distingem mai multe principii de educaţie ale sănătăţii mintale, pe care le prezentăm în continuare:

a) *principiul valorii*: în virtutea acestui principiu, sănătatea mintală este o valoare intrinsecă a individului, de care depind normalitatea psihică şi cea social-morală ale acestuia, precum şi progresul său. Ca valoare, sănătatea mintală impune din partea individului o responsabilitate şi o conştiinţă morală, dublate de datoria de a le respecta şi cultiva;
b) *principiul cunoaşterii de sine şi al autocontrolului*: educaţia trebuie să-i formeze individului conştiinţa de sine, care să-l ajute să se cunoască şi să se înţeleagă pe sine ca persoană, să-şi cunoască organismul şi viaţa psihică, posibilităţile şi resursele. În paralel cu cunoaşterea de sine, trebuie educate autocontrolul individului şi independenţa acestuia. Aceasta corespunde cu principiul latin *„Imperare simi, maximum imperium est"*;
c) *principiul abţinerii*: acesta este un principiu esenţial de igienă mintală, care trebuie transmis individului prin educaţie. El priveşte regimul instinctelor, al pulsiunilor şi tendinţelor individuale şi cere ca acestea să fie supuse unui control strict de către individ, care trebuie să le domine, nu să se lase dominat de ele. Este un vechi principiu moral al stoicilor, care-l recomandau pentru obţinerea stării de echilibru şi linişte sufletească – condiţii ale unei sănătăţi mintale optime;
d) *principiul echilibrului şi măsurii*: în virtutea acestui principiu, orice educaţie ce priveşte starea de sănătate mintală trebuie să urmărească adoptarea celor mai adecvate mijloace prin care să se asigure echilibrul psihic şi utilizarea regulată, ritmică a resurselor sufleteşti individuale. Este un principiu care corespunde moralei vechilor greci, ce recomandau „măsură şi echilibru" (*metriotes kai symmetria*) în toate acţiunile întreprinse de individ;
e) *principiul modelului pozitiv*: acesta este un principiu practic de educaţie a sănătăţii mintale, conform căruia orice persoană trebuie să adopte în viaţă exemplul unui model pozitiv, pe care să-l imite, căruia să i se conformeze şi să-i rămână cel puţin fidel, dacă nu poate să-l depăşească şi să-l perfecţioneze. Modelul pozitiv stimulează personalitatea şi-i oferă posibilitatea de a se dezvolta şi de a se identifica proiectiv rapid, dar şi de a se menţine în această situaţie;
f) *principiul cooperării*: în conformitate cu acest principiu, educaţia sănătăţii mintale trebuie să urmărească integrarea persoanei în grup, antrenarea sa în activităţi colective, evitarea izolării, a conduitelor de refugiu, a inflaţiei sferei imaginarului, a egotismului narcisic. Principiul acesta implică o antrenare a individului, având un caracter dinamic;
g) *principiul integrării*: acest principiu orientează educaţia sănătăţii mintale în direcţia formării unor deprinderi pozitive, a unor modele de comportament care să asigure adaptarea corectă a individului la realitate, la familie şi societate, ajutându-l astfel să se integreze pozitiv şi armonios în familie, în societate, în grupul profesional-şcolar;
h) *principiul diferenţierii riscului*: în sensul acesta, educaţia sănătăţii mintale trebuie să-l pregătească pe individ pentru a sesiza riscul şi direcţia lui, sursele şi consecinţele sale. Trebuie cunoscute caracteristicile riscului, ale grupelor deviante, ale situaţiilor neplăcute sau periculoase, a tot ceea ce poate dăuna sănătăţii mintale, riscuri pe care individul trebuie să le ocolească în scopul menţinerii echilibrului personal;
i) *principiul programării*: educaţia sănătăţii mintale trebuie să-i imprime individului desfăşurarea planificată a activităţii sale, a programelor de activitate sau a comportamentului. Aceasta vizează o punere de acord între ritmul de activitate individuală, sarcini şi posibilităţi, între tendinţe şi capacităţile individuale. Este o condiţie esenţială a păstrării şi dezvoltării stării de sănătate mintală optimă a persoanei;
j) *principiul prevenirii riscului*: acesta este unul dintre principiile de educaţie a sănătăţii mintale care corespunde cu însuşi scopul fundamental al igienei mintale: cel de prevenire a bolilor psihice, a tulburării stării de sănătate mintală.

3. Modelele de educaţie a sănătăţii mintale

Starea de sănătate mintală depinde, ca model, de două categorii de factori: etnoculturali şi istorici.

În funcţie de acţiunea acestor două categorii de factori, vom avea diferite tipuri sau modele de educaţie (P. Dubois, J. Payot, G. Bastide, A. Chavigny). Istoria cunoaşte numeroase modele de educaţie a sănătăţii mintale, marea lor majoritate aparţinând fie preceptelor religioase, fie moralei laice.

Sfera moralei a fost cea care timp de secole a cultivat principiile unei educaţii a sănătăţii mintale. Abia în a doua jumătate a secolului al XIX-lea şi la începutul secolului XX, educaţia sănătăţii mintale a intrat în sfera medicinei, fiind preluată ca sarcină principală de igiena mintală.

Obiectivele educaţiei morale în sfera sănătăţii mintale au avut în vedere, în principal, pasiunile. Educarea pasiunilor, înfrânarea acestora şi cultivarea principiilor raţiunii au

reprezentat un obiectiv esențial și permanent al educației morale a omului (Seneca, Epictet, Marc Aureliu, Malebranche, L. Olié-Laprune, N. Berdeaev, G. Bastide, M. Boigey, R. Descartes).

Morala vechilor greci punea în valoare trei principii care priveau direct starea sufletească: *autarkeia* sau principiul independenței, *ataraxia* sau liniștea sufletească și *aponia* sau absența suferinței. Morala stoicilor, reprezentată îndeosebi prin Seneca, scotea în evidență importanța liniștii sufletești (*tranquilitate animi*) și a echilibrului sufletesc, specific înțeleptului (*constantia sapientiorum*), pentru sănătatea mintală.

Creștinismul a adus cu sine o adevărată tehnică de cultivare a virtuților morale și de eliminare a păcatelor, care, dincolo de aspectele moral-religioase, sunt prescripții ce vizează echilibrul sufletesc și sănătatea mintală. Acestea sunt *asceza* (exercițiul) și *isihasmul* (liniștea).

A. Chavigny menționează două tipuri de modele de igienă mintală și socială legate de caracteristicile psihosociale ale unor comunități social-umane sau state. În sensul acesta, el distinge societăți de tip *individualist* și societăți de tip *autoritar*. În cazul societăților individualiste, autorul dând ca exemplu Atena, sunt cultivate valorile morale și virtuțile perfecționate prin cultura spiritului. În cazul societăților autoritare, exemplificate prin Sparta, accentul cade pe aspectele formale exterioare, operându-se o selecție socială de tipul eutanasiei.

Interesant este faptul că, deși A. Chavigny face referință la modelele Antichității clasice eline, aceste aspecte pot fi regăsite și în societățile de tip modern. Astfel, așa cum am mai menționat și în alte situații, societățile moderne prezintă tipuri diferențiate de atitudini față de sănătatea mintală și boala psihică, în raport cu ideea și imaginea despre om ale societăților respective. Această imagine socială a omului este punctul de plecare al formelor de educație, atât în ceea ce privește formarea omului, cât și atitudinea față de suferință, boala psihică, devianța socială etc. Interesante și semnificative în acest sens sunt opiniile sociologilor, ale politologilor sau ale filosofilor despre relația dintre societate și sănătatea mintală (H. Spencer, A. Menger, P.P. Negulescu, W. Lippmann, O. Spengler).

Problema esențială care se discută în cazul „modelelor de educație" sau de formare a persoanei și sănătății mintale în societățile moderne actuale o constituie raportul dintre *stat* și *individ*. Interesant este faptul că, dacă în trecut acest raport se opera în planul construcțiilor utopice, astăzi el se distinge în planul realității sociale.

Modelul de educație și formare ale sănătății mintale și, implicit, concepția socială referitoare la igiena mintală sunt dependente de natura politică a statului. În acest sens, deosebim două tipuri de state: *statul democratic*, liber, în care sunt cultivate drepturile și demnitatea umane, egalitatea și toleranța între membrii societății, cooperarea între aceștia și care, prin urmare, afirmă principiile unei igiene morale de tip stimulativ pentru dezvoltarea liberă a sănătății mintale, favorizând creativitatea și progresul individual și colectiv; este un stat de tip deschis către progres și dezvoltare; *statul totalitar*, ca o societate închisă, în care drepturile umane sunt înlocuite de obligativitatea supunerii cetățeanului la normele impuse de stat, ce cultivă un „tip uman" specific unei autorități centrale unice, intolerant față de orice schimbare, restrictiv și represiv față de orice încercare de împotrivire și în care posibilitatea de afirmare liberă a individului este suprimată, fiind înlocuită cu obediența absolută față de legile impuse; acesta este un tip de stat închis, static, rigid.

În *statul democratic*, normele de comportament individual și colectiv sunt echilibrate între nevoi și realizări, liber manifestate de membrii societății, care sunt însă responsabili moral și social de actele lor.

În *statul totalitar*, inițiativa, libertatea și voința de afirmare și acțiune individuală sunt anulate. Conduitele se desfășoară în mod obligatoriu conform normelor impuse de stat. În acest caz, individul nu-și mai poate descărca pulsiunile, care, acumulându-se, duc la grave tulburări de sănătate mintală: nevroze, stări reactive, depresii, sinucideri.

În *statul anomic*, reprezentând forma statală care succedă crizei statului totalitar desființat, apar noi forme de manifestare a sănătății mintale în criză. Din cauza suprimării modelului cultural, în locul acestuia rămâne un vid anomic, ce aruncă societatea într-o stare de confuzie. Reprimarea libertăților este înlocuită cu o pseudolibertate haotică, în cadrul căreia fiecare se conduce după bunul său plac. În această situație, lipsind normele reglatoare ale conduitelor și acțiunilor sociale, comportamentul va dobândi un aspect predominant deviant. Pulsiunile acumulate în perioada anterioară se vor descărca, manifestându-se sub forma conduitelor deviante, a violenței heteroagresive. Va scădea rata suicidului și va crește rata violurilor, a crimelor etc.

Modelul de educație în sfera igienei mintale trebuie să țină seama de aceste aspecte esențiale privind structura societății, pe plan psihosocial și politic, în vederea instituirii celor mai adecvate forme de educație.

Analiza istorico-socială în ultimele două secole pune în evidență în aria culturală europeană existența a trei tipuri principale de modele de educație a personalității umane în domeniul sănătății mintale: *modelul medico-moral*, *modelul medico-psihiatric* și *modelul medico-social*.

Modelul medico-moral (Ph. Pinel, Esquirol, M. Boigey) insistă pe aspectele morale ale sănătății mintale și ale formării personalității. El consideră comportamentul ca fiind supus, în principal, unor precepte morale, care trebuie să acționeze cenzurat, contribuind astfel la dezvoltarea individului și a stării sale de sănătate mintală (H. Damaye, P. Jolly).

Modelul medico-psihiatric concepe sănătatea mintală în raport cu boala psihică. Din aceste considerente, educația sănătății nu se mai face după principii morale, ci după principiile medicinei profilactice, ale igienei generale, aplicată la boala psihică (A. Chavigny, B. Ball, J. Falret, Genil-Perin).

Modelul medico-social corespunde prezentului și exprimă spiritul igienei mintale. Acest tip de educație a personalității în direcția formării și dezvoltării stării de sănătate mintală privește atât individul, cât și comunitatea social-umană de indivizi, dar și societatea cu instituțiile sale. Această concepție este proprie igienei mintale înțelese ca formă de profilaxie a bolilor psihice, dar și ca metodă de formare a personalității și sănătății mintale ale individului și comunității umane (C.W. Beers, A. Meyer, D.B. Klein, H. Bouyer și Martin-Sisteron).

4. Formarea personalului în igiena mintală

Transformarea acțiunii de igienă mintală într-o adevărată mișcare medico-socială de promovare a sănătății mintale și de profilaxie a bolilor psihice sau a devianței sociopatice reclamă o organizare specială a acestei rețele de asistență.

Se impune cu necesitate formarea atât a unor instituții specializate în igienă mintală, cât și a unor cadre de specialitate (medici, psihologi, psihopedagogi, asistenți sociali,

sociologi, economişti, jurişti), antrenate în acest tip de activităţi. Formarea unor cadre specializate trebuie făcută prin recrutarea acestora dintre specialiştii mai sus menţionaţi, care trebuie instruiţi în domeniul igienei mintale. În acest scop, se vor organiza cursuri de specializare sau perfecţionare care vor forma cadre, pe lângă cele formate deja în învăţământul medical superior (medicii psihiatri) sau în învăţământul universitar (psihologii şi psihopedagogii).

Indiferent de formaţia sau specializarea ulterioară a acestor cadre destinate să lucreze în domeniul igienei mintale, importantă este antrenarea lor profesională în activitatea de *echipă terapeutică complexă*, cu caracter interdisciplinar, care va include mai mulţi specialişti din domeniile menţionate.

Personalul din domeniul igienei mintale va fi recrutat dintre cadrele deja existente – medici psihiatri, psihologi şi asistenţi sociali, în principal –, apoi echipa terapeutică va fi completată cu asistente medicale, infirmiere etc. Un rol deosebit le revine persoanelor angajate prin voluntariat, care vor reprezenta *cadrele de sprijin* ale acţiunii sociale de sănătate mintală, cu predilecţie pe teren. Se vor organiza cursuri periodice de scurtă durată, conferinţe şi reuniuni de specialitate, în care se vor dezbate principalele probleme teoretice ale igienei mintale, precum şi aspectele noi ce apar, cu deosebire cele pe care le ridică practica.

Deosebit de importantă în formarea şi activitatea cadrelor din domeniul igienei mintale este însuşirea metodelor şi tehnicilor de analiză psihosocială a stării de sănătate mintală a populaţiei, a factorilor de risc, a prevalenţei bolilor psihice, a direcţiilor prioritare de acţiune ale psihoprofilaxiei. Se va insista pe depistarea precoce a bolnavilor psihic, încă din fazele de debut, în special adolescenţi şi tineri, în scopul instituirii unor măsuri terapeutice adecvate.

La fel de importantă, dar pentru activitatea de teren, este supravegherea dispensarizată a bolnavilor psihic, a familiilor acestora, reinserţia lor profesională sau reorientarea şcolară, readaptarea lor familială sau socială.

O altă direcţie de formare a cadrelor care lucrează în reţeaua de igienă mintală este acţiunea asupra societăţii, privind atitudinea faţă de boala mintală şi bolnavul psihic, considerând că, aşa cum spuneam, sănătatea mintală este o valoare care trebuie cultivată şi păstrată. Acţiunile legate de igiena mintală vor trebui extinse şi la instituţiile sociale cu care trebuie să se colaboreze, în primul rând la Biserică, şcoală şi familie.

Activităţile de igienă mintală implică o mobilitate şi o putere de adaptare mari în raport cu cerinţele sociale, rezultatele studiilor epidemiologice, cunoaşterea factorilor de risc morbigenetic pentru sănătatea mintală, adaptarea sau inadaptarea familială, şcolară, profesională sau socială, devianţele, antecedentele patologice psihiatrice etc.

Specialiştii în igiena mintală trebuie să stăpânească perfect metodele şi tehnicile de lucru, să prelucreze rezultatele şi să elaboreze pe baza lor strategii practice de psihoprofilaxie.

5. Medicul, educator al sănătăţii mintale

Orice medic, indiferent de specialitatea sa, chiar dacă este sau nu psihiatru, trebuie să aibă o pregătire de bază în domeniul igienei mintale. Aceste aspecte se desprind cu claritate din cele expuse în capitolele referitoare la psihoprofilaxia bolilor psihice, psihoprofilaxia bolilor somatice şi psihoprofilaxia delincvenţilor.

Trăirea subiectivă a suferinţei (fie ca boală somatică, fie ca boală psihică) de către bolnav implică o anumită răspundere morală a medicului curant, care trebuie să se reflecte în atitudinea sa faţă de bolnav şi în conducerea tratamentului în vederea restabilirii stării de sănătate a acestuia. Astfel pusă problema, se înţelege că medicul trebuie să fie nu numai cel care vindecă boala, care elimină cauzele ce au produs tulburarea, ci şi persoana care îi oferă un suport moral şi sufletesc bolnavului. Numeroşi specialişti recunosc importanţa acestui element, considerându-l o latură fundamentală a practicii medicale (E. Rist, P. Le Gendre, R. Derobert, M. Balint). Tocmai pentru că face parte din *relaţia medic-bolnav* (de care se ocupă psihologia medicală), acordarea sprijinului moral bolnavului este de datoria fiecărui medic. Acest *suport moral* în suferinţă trebuie condus cu tact, cu persuasiune, creându-se o ambianţă de încredere. Astfel, medicul, indiferent de specialitatea sa ori de afecţiunile bolnavilor săi, va desfăşura o activitate de educaţie morală a acestora, care vizează, în principal, starea de sănătate mintală, afectată în absolut toate cazurile de suferinţă medicală, nu numai psihică, ci şi somatică sau psihosomatică.

P. Le Gendre sintetizează într-o manieră specifică spiritului clinicii clasice atitudinea medicului faţă de boală şi contactul acestuia cu omul bolnav. Primul element la care face referire este *cuvântul*. Bolnavului nu trebuie să i se spună „nici prea puţin, nici prea mult, ci strict în legătură cu starea sa de sănătate". Cuvintele trebuie să fie convingătoare, clare şi să inspire optimism. Al doilea aspect legat de relaţia medic-bolnav îl reprezintă *tactul*, care este „acea fineţe de spirit", o aprehensiune morală ce creează o ambianţă interpersonală, din care iau naştere încrederea şi cooperarea. Din acest motiv, tactul fiind considerat o aptitudine particulară, o trăsătură de spirit a individului, pe care o ai sau nu o ai, li se cere medicilor şi psihologilor să dea dovadă de aptitudini în ceea ce priveşte apropierea de oameni, înţelegerea şi cooperarea cu bolnavul. Tactul este darul de a înţelege posibilităţile bolnavului şi de a lega cu acesta relaţii simpatetice. Al treilea aspect este *persuadarea bolnavilor*. Persuasiunea este arta de a convinge bolnavul, de a-i susţine şi întări moralul, de a-i mobiliza resursele sufleteşti către o atitudine optimistă faţă de boală, eliminându-i îndoielile şi anxietatea. Al patrulea aspect este reprezentat de ceea ce trebuie spus şi ceea ce nu trebuie spus sau cum trebuie spus bolnavului. În sensul acesta, trebuie luate în considerare *diagnosticul* şi *pronosticul* bolii. Problema este deosebit de complexă. Medicina clasică, de factură pur clinică, prefera să-i ascundă bolnavului realitatea în cazul unei boli grave, cu un pronostic sumbru, defavorabil. Medicina modernă, de tip tehnicist, priveşte bolnavul ca pe un „obiect medical", iar suferinţa ca pe o „defecţiune" de ordin biologic sau psihic. În acest sens, se admite faptul de a i se spune bolnavului direct, fără menajamente diagnosticul real, indiferent de gravitatea bolii şi de natura pronosticului, chiar dacă acesta prezintă un risc major pentru viaţă. Acest punct de vedere este absolut şocant şi elimină orice tip de umanism din relaţia medic-bolnav, reducând totul la un pragmatism pozitivist, ce face ca bolnavul să se implice într-o situaţie-limită, pe care va trebui să decidă singur cum o va rezolva. În trecut, medicul era cel care conducea evoluţia bolii şi el era responsabilul moral al vieţii bolnavului sau al morţii acestuia. Astăzi, responsabilitatea a luat un caracter pur pragmatic, utilitarist. Bolnavul este liber să decidă asupra vieţii sale în cazul unei afecţiuni fatale, cu un pronostic sumbru. Aceasta introduce şi justifică aplicarea în medicină a eutanasiei. Se pune însă întrebarea: ce trebuie totuşi făcut pentru aceste cazuri care ameninţă direct echilibrul psihic şi moral al bolnavilor, indiferent de afecţiunea lor?

Răspunsul l-a dat E. Kübler-Ross, care a instituit forme adecvate de psihoterapie cu bolnavii cronici sau incurabili sau cu bolnavii din stadiile finale. Al cincilea aspect este legat de funcţiile medicului de *confident* şi de *sfătuitor* al bolnavilor. Aceste funcţii implică o mare răspundere atât morală, cât şi profesional-juridică. Bolnavul îi încredinţează medicului secretul suferinţei sale şi împrejurările în care boala a fost contractată. Aceasta, de multe ori, poate avea implicaţii social-morale, familiale sau de altă natură. Medicul trebuie să îi inspire o totală încredere bolnavului, dar, în acelaşi timp, trebuie să-i răspundă prin sfaturi bine conduse şi adecvate atât bolii sale, cât şi stării de spirit, stării psihice din cursul suferinţei. De multe ori, un sfat bine plasat valorează extrem de mult, mobilizând resursele vitale şi sufleteşti ale bolnavilor.

Toate acestea obligă medicul, indiferent de specialitatea sa, să fie un educator al bolnavului, un ghid moral şi sufletesc al acestuia în suferinţă. Orice boală afectează moral şi psihologic individul, dezechilibrează starea de sănătate mintală şi, de aceea, este absolut necesar ca orice medic să le acorde un sprijin moral şi sufletesc bolnavilor săi. Prin aceasta, se realizează o acţiune de psihoigienă.

Capitolul 41

Aspectele medico-legale, medico-psihopedagogice şi morale ale igienei mintale

1. Aspectele morale ale igienei mintale

Igiena mintală, aşa cum am arătat până acum, nu este o simplă disciplină medicală sau o „prelungire" a psihiatriei, ci un domeniu bine delimitat, de sine stătător, care reuneşte mai multe valenţe, cu un caracter interdisciplinar. În sensul acesta, având ca obiect persoana, starea ei de sănătate mintală, igiena mintală se apropie de psihologie, psihopatologie şi psihiatria clinică, de defectologie, dar, în egală măsură, şi de igiena generală, sociologie şi morală. Fiind o disciplină care urmăreşte promovarea valorilor sănătăţii mintale şi dezvoltarea şi perfecţionarea persoanei, igiena mintală nu este numai o disciplină medico-psihologică, ci şi o *paideia a sufletului*, găsindu-şi, de aceea, un loc aparte în sfera ştiinţelor umane. Ea are o dublă deschidere: către individ şi către comunitatea social-umană.

Aspectul care se desprinde de aici este acela că, în esenţa ei, igiena mintală se întâlneşte cu morala şi cu pedagogia. Faptul nu este defel lipsit de importanţă, iar când facem această afirmaţie, ea nu e câtuşi de puţin gratuită, ci susţinută de fapte. Având ca obiectiv cultivarea şi dezvoltarea sănătăţii mintale, igiena mintală este deopotrivă o *bioetică* şi o *pedagogie medicală*, ea prezidând aceste domenii ale medicinei moderne. Orice igienă mintală completă include şi laturile morală, socială şi culturală ale medicinei, nelimitându-se la „a formula reguli" de educaţie sanitar-psihologică. Igiena mintală, prin natura scopului pe care şi-l propune, este obligată să privească omul în totalitatea lui, depăşind aspectele strict medicale. Sănătatea mintală este un domeniu de cuprindere mult mai larg decât cel al bolii psihice şi, în mod obligatoriu, studiul acesteia conduce către ştiinţele umane, făcând din igiena mintală ramura unui veritabil *umanism medical*.

Vom aborda, prin urmare, aspectele morale ale igienei mintale.

Se spune că *psihiatrii* văd peste tot *nebuni*. *Este* şi *nu este* exact! Oricând, în viaţă şi în societate, pot apărea anomalii mintale, sexuale, comportamentale dintre cele mai variate. Adesea, *bolile psihice* sunt confundate cu *abaterile morale* sau cu *defectele de educaţie*. De cele mai multe ori însă, acestea sunt asociate.

Educaţia are rolul formării persoanei şi, prin aceasta, ea include şi elemente de psihoigienă. *Modelul de educaţie* garantează starea de sănătate mintală, adaptarea socială, comportamentele corespunzătoare normelor modelului sociocultural sau, altfel spus,

măsurile de igienă mintală. Orice model de educaţie este expresia unei anumite mentalităţi sociale. În sensul acesta, putem distinge: modele de educaţie închisă, rigidă, conformistă, tradiţională; modele de educaţie deschisă; educaţia liberă; educaţia incompletă, defectuoasă sau absentă.

Nici un model de educaţie nu este ideal. Nici un model de educaţie nu poate cuprinde în sfera sa toate aspectele pe care le reclamă formarea omului. În plus, persoana este în permanentă devenire, într-o perpetuă evoluţie. Acest fapt, care implică schimbarea, trebuie să privească şi modelul de educaţie. Orice transformare a persoanei presupune schimbări în regimul său de sănătate mintală. Din acest motiv, igiena mintală trebuie să se adapteze unei anumite dinamici psihosocioculturale, capabilă să contribuie la formarea şi adaptarea persoanei la varietatea condiţiilor sale de viaţă.

Dar, aşa cum spuneam, nici un model de educaţie nu poate fi complet. Orice educaţie formează individul într-o anumită direcţie, potrivit unei anumite „imagini sociale" a omului, conformă cu valorile sistemului sociocultural respectiv. Or, igiena mintală, în mod obligatoriu, se situează în interiorul modelului sociocultural, ca o dimensiune importantă a acestuia, şi nu în afara lui. Vom avea, prin urmare, „modele de sănătate mintală", aşa cum, în egală măsură, vom avea modele de cultură, modele religioase, modele de educaţie etc. Fiecărui model îi corespunde un anumit tip uman, în funcţie de o anumită societate. Tipul uman are un anumit aspect şi o anumită semnificaţie moral-umană (E.R. Dodds, R. Scherrer, I. Gobry, M. Muret).

Un rol deosebit de important în acest sens revine *conştiinţei morale*, care este „ansamblul de tendinţe, sentimente şi idei ce ne orientează către bine şi ne fac să evităm răul" (Cuvillier). Raportul dintre conştiinţa morală şi psihiatrie a fost subliniat în multe ocazii de S. Freud, H. Baruk, M. Blondel, K.A. Mennınger, J. Bless, A. Tonquédec, H. Ey, A. Porot, M. Damayé.

Conştiinţa morală se dezvoltă în raport cu următorii factori: educaţia; imitaţia modelului; asimilarea valorilor; influenţa mediului; factorii sociali: legi, cutume, factori de coeziune, sentimente colective.

Conştiinţa morală este esenţială în cazul edificării *stării de sănătate mintală*, întrucât ea este garanţia echilibrului sufletesc de care au vorbit atâţia filosofi şi psihologi (Socrate, Platon, Seneca, Cicero, Epictet, Marc Aureliu, Boethius, Descartes, Spinoza). De altfel, se poate desprinde din cele de mai sus ideea că factorii care contribuie la edificarea conştiinţei morale corespund cu factorii ce edifică sănătatea mintală.

În mod egal, *conştiinţa morală* se poate transforma în *conştiinţă morbidă*, prin intervenţia următorilor factori: răul model; imitaţia unor deprinderi rele; lipsa de educaţie; starea de anomie socială dată de lipsa normativităţii; incultura; bolile psihice; alcoolismul; psihopatiile.

În general, se consideră că bolnavii psihic nu mai dispun de o conştiinţă morală. Modificarea conştiinţei morale apare ca o consecinţă a tulburărilor psihice, cum, de altfel, este posibil ca bolile psihice de tipul psihopatiilor să fie o consecinţă a absenţei acesteia.

Conştiinţa morală influenţează atât personalitatea, cât şi comportamentul, deciziile şi actele noastre. Din acest motiv, ea trebuie tratată în mod special. Conştiinţa morală poate fi tulburată în diferite moduri, în raport cu sistemul de valori de referinţă. În sensul acesta, H. Damaye menţionează trei sectoare: psihiatria şi psihopatologia – cazurile de *moral insanity* (psihopaţi, sociopaţi); societatea – debilitatea sau dezechilibrul moral; religia – păcatul.

Toate sunt manifestări negative ale persoanei şi implică o alterare importantă şi nuanţată a stării de sănătate mintală. Din acest motiv, aspectele menţionate interesează în mod direct starea de sănătate mintală.

În psihiatria clasică, se vorbea de conceptul, cu un pronunţat caracter moral, de *moral insanity* (*folie morale*) sau de *nebunia morală*. Cele mai importante aspecte clinice legate de această stare sunt psihopatiile, perversiunile constituţionale, alcoolismul şi toxicomania.

În sociologie, acestea apar în sfera relaţiilor interumane, în stările pasionale sau legate de sentimentele de culpabilitate. Elementul cel mai reprezentativ este, după H. Damaye, „debitul moral", o infirmitate psihosocială, dar care nu intră în sfera psihiatriei, ci a sociologiei şi justiţiei. Aceşti indivizi, cu un tip de conduită deviantă, antisocială, răspund pentru delictele şi crimele comise, spre deosebire de *bolnavul psihic*, ce este considerat iresponsabil. Importanţa conştiinţei morale este deci esenţială. Ea trasează graniţa dintre boală şi nebunie, dintre normalitatea psihosocială şi devianţa sociopatică. Rezultă că psihiatria şi igiena mintală pot furniza argumente pentru o teorie a moralei, capabilă să amelioreze inteligenţa, mentalitatea, comportamentele, modul de viaţă socială civilizată (H. Damaye). Psihoigiena, privită din perspectiva moralei, trebuie să ofere „exemple" şi „modele" pozitive de idealuri şi aspiraţii.

În sfera religioasă, *pasiunile* devin *patimi* şi sunt sursa păcatului, considerat vinovăţie morală. Această metamorfoză are un caracter de diferenţiere semantică şi traduce faptul că simptomele psihiatrice pot fi interpretate ca fiind de esenţă morală (H. Damaye). Acest tip de manifestări, considerate ca avându-şi originea în pasiuni, pot reprezenta materialul din care se constituie simptomele psihice la bolnavii mintal sau manifestările deviante la sociopaţi. Ele sunt în egală măsură *anomalii morale*, dar şi *tulburări psihice*, în sensul în care erau interpretate acestea în gândirea psihologică a secolului al XIX-lea (Ph. Pinel, S. Esquirol, V. Magnan, A. Morel).

Acest grup de manifestări psihice, cu potenţial psihopatologic, constituie fondul mintal comun atât psihopaţilor, cât şi sociopaţilor. Din acest motiv, „psihiatria e un catehism ştiinţific, un curs de morală şi de instrucţie religioasă ştiinţifică", spune H. Damaye, şi de aceea ea este şi psihoigienă.

Factorul cel mai important pentru practica psihiatriei, din punct de vedere moral, medical şi medico-legal, îl reprezintă *capacitatea de răspundere* a individului în faţa societăţii, în raport cu actele şi comportamentele sale. La baza acesteia se situează *răspunderea morală*, care este corelată conştiinţei morale. Aceasta implică următoarele: responsabilitate şi imputabilitate; determinism; liberul arbitru sau voinţa liberă.

Orice abatere este, în primul rând, o *greşeală morală* legată de voinţa tulburată a omului, de impulsiunile necontrolate şi necontrolabile. Sfântul Toma d'Aquino spune că „morala nu este posibilă decât în cazul unei consimţiri libere". Or, „iresponsabilitatea" care implică o greşeală morală este legată de incapacitatea psihică a individului de a discerne între motivaţiile şi consecinţele actelor sale. În acest caz, psihoigiena îşi spune din nou cuvântul: incapacitatea de a avea discernământul faptelor proprii, fiind cauzată de o alterare a stării de sănătate mintală, igiena mintală are rolul de a susţine valorile morale tocmai în scopul promovării prin intermediul acestora a stării de echilibru sufletesc, a sănătăţii mintale.

2. Atitudinea societăţii faţă de boala psihică şi bolnavul mintal

Orice sistem social are un cadru de valori morale, sociale, culturale şi sufleteşti la care face referire atunci când judecă fenomenele din interiorul său. Starea de sănătate mintală sau de boală psihică intră sub incidenţa acestui sistem de judecăţi. Pe de altă parte, imaginea sănătăţii mintale sau a bolii psihice se constituie, după M. Foucault, ca un *„épistémè"*, sumă a cunoştinţelor de la acel moment referitoare la subiectul respectiv. Societatea este cea care „produce" şi „atribuie" valorile de *normal* şi *anormal* persoanei şi vieţii psihice (G. Canguilhem, M. Foucault). Acestea se vor constitui în *imagini sociale*, specifice fiecărei culturi, pentru *sănătatea mintală* sau *boala psihică* (Cl. Hezlich, Ph. Rappard, R. Bastide).

Nivelul de dezvoltare social-morală este esenţial în ceea ce priveşte imaginea socială a omului. *Modelul uman* e, în primul rând, un *model moral* (I. Gobry). Cu cât societatea este mai stabilă, mai echilibrată, mai dinamică, cu atât modelul uman va avea şansa de a fi mai nuanţat, mai complex, mai stabil. Raportul dintre *uman* şi *social* este deci unul direct.

În planul practic, ceea ce contează, ceea ce are o importanţă deosebită pentru igiena mintală este atitudinea societăţii faţă de boala psihică şi de bolnavul mintal.

De *imaginea socială* a omului depinde *statutul social* al acestuia, locul pe care îl ocupă individul în cadrul grupului social-uman. Atitudinea societăţii faţă de boala psihică sau de bolnavul mintal poate fi de două feluri:

a) *pozitivă*, de ocrotire, ajutor, compasiune, acordare a asistenţei de specialitate medicală sau socială, încurajare;
b) *negativă*, de izolare, repulsie sau reprimare, pedeapsă sau excludere socială.

Avem de-a face cu două tipuri de societăţi: o societate de tip *protector-tolerant* şi una de tip *represiv-punitiv*.

Prima formă de societate acceptă tulburarea sănătăţii mintale ca pe o suferinţă psihică, un accident medical, o consideră şi o tratează în consecinţă, ca pe oricare altă afecţiune care intră în cadrul medicinei. A doua formă de societate refuză boala psihică. Ea face o separaţie netă – sau, cel puţin, mascată formal – între patologia medicală generală şi bolile psihice şi, în al doilea rând, operează o separare a bolilor psihice şi a bolnavilor mintal de restul membrilor societăţii. Suferinţa, ca boală medicală generală, este tolerată, dar boala psihică, deşi înseamnă suferinţă, e reprimată, iar bolnavul psihic – exclus din societate.

Mai există şi un al treilea tip de societăţi moderne, caracterizat printr-un exces de reglementare socială, în care – deşi formal boala este inclusă în programul de asigurări sociale şi asistenţă medicală, nemaifăcându-se nici un fel de deosebire între afecţiunile medicale şi cele psihice – atitudinea societăţii e pur formală, nefundamentată pe principii morale, ci pe principii raţionalist-pozitiviste. În acest tip de societăţi, *omul* nu mai este un *scop*, ci un *mijloc*. El are valoare atât timp cât poate aduce o contribuţie la acţiunea socială de producţie de bunuri, atât timp cât este util progresului social şi se poate menţine prin propriile sale forţe vitale. Orice alterare a stării sale de sănătate, fizică sau psihică, pune probleme medicale şi implică un efort social traductibil în valoarea economică investită pentru protejarea stării sale de sănătate.

De unde provin aceste „atitudini" ale societăţii faţă de *boala psihică* şi *bolnavul mintal*?

Atât atitudinile de *respingere*, cât şi cele de *ocrotire* îşi au originea într-o concepţie generală despre *om* şi *viaţă*, concepţie întemeiată pe un sistem de valori socioculturale şi moral-religioase care promovează *binele* şi sancţionează *răul*. În cazul de faţă, *binele* este asociat stării de *sănătate mintală*, iar *răul*, corelat cu *nebunia* sau starea de *boală psihică*.

În orice societate, *nebunia* este asociată cu ideile de *pericol*, *vinovăţie* şi *ruşine*. Bolnavul psihic este considerat o persoană periculoasă, iar nebunia, o stare nefirească ce impurifică fiinţa umană ca o vinovăţie. Din acest motiv, starea de nebunie devalorizează natura fiinţei umane, iar boala mintală este asociată cu o stare dezonorantă, cu ruşinea. Acestea fac ca, în toate situaţiile, bolnavul mintal să-şi piardă sau, cel puţin, să-şi modifice statutul social. *Nebunia* este o stare infamată care stigmatizează *omul*.

Societăţile „tolerante" caută, cel puţin prin măsuri formale, să reabiliteze persoana bolnavă psihic. *Nebunia* este etichetată ca *boală psihică*, iar *bolnavii psihic* sunt trataţi ca oricare altă categorie de suferinzi. Această formă de asistenţă urmăreşte, în primul rând, „deculpabilizarea" bolnavului psihic şi „restaurarea statutului său psihosocial". Ideea de periculozitate persistă însă. Ea nu poate fi anulată şi de aceasta se leagă frica şi repulsia faţă de nebunie şi nebuni. Pe aceste considerente, bolnavii psihic vor fi în continuare marginalizaţi prin supraveghere intra- sau extraspitalicească, dar în forme mascate. Deşi s-a produs o aparentă „eliberare socială", „discriminarea psihomorală" va persista. Istoria nebuniei este mult prea lungă şi apăsătoare, ca mentalitate, pentru a putea fi cu uşurinţă înlocuită de recenta intrare în istorie a sănătăţii mintale.

Societăţile moderne de tipul mai sus menţionat au introdus sub masca unui fals umanism vechile procedee de „rezolvare" a *cazurilor incurabile* sau a *afecţiunilor cronice*. Este vorba despre *eutanasie* (Ph. Ehrenström, P. Rentschnick, P.V. Admiraal).

Revenind la consecinţele acţiunii de igienă mintală legate de atitudinea societăţii faţă de boala psihică şi bolnavul mintal, menţionăm două direcţii de utilizare a psihoigienei:

a) *utilizarea negativă*, în cazul societăţilor închise sau cu un exces de reglementare socială, în care sunt admise eugenia, eutanasia sau alte metode, adesea fără a fi numite direct, ci exprimate prin refuzul de asistenţă medicală sau alte forme indirecte;
b) *utilizarea pozitivă*, în cazul societăţilor deschise, de tip liberal, în care sunt promovate următoarele: psihoprofilaxia şi recuperarea bolnavilor psihic, asistenţa muribunzilor, resocializarea bolnavilor psihic, fapte ce implică respectul şi demnitatea omului aflat în stare de boală psihică.

Surprinzător este însă faptul că societăţile moderne, liberale, de tip „deschis" admit eutanasia, pe care în mod mascat o lărgesc considerabil ca arie de „indicaţie", făcând prin aceasta o *acţiune de eugenie mascată* (P. Rentchnick).

3. Eutanasia

P. Rentschnick afirmă că eutanasia este o noţiune care poate fi regăsită atât la Platon şi Aristotel, cât şi la Hipocrat şi care constă în „uşurarea durerilor muribundului, ajutându-l, însoţindu-l psihologic să treacă de pragul morţii".

Eutanasia este un tip de moarte accelerată datorită unor tehnici de intervenţie destinate să atenueze suferinţa produsă de durerile fizice mari. Această teorie consideră că este legitimă suprimarea vieţii indivizilor trataţi sau grăbirea morţii bolnavilor incurabili pentru a-i scuti de suferinţa unei agonii prelungite (P. Foulquié şi R. Saint-Jean).

Eutanasia este un concept derivat din „eudaimonism" şi din „hedonism", principii care resping suferinţa şi durerea, cultivând plăcerea. Rezultă de aici că orice reflecţie asupra vieţii, în esenţa ei, este reductibilă la morală. De unde se desprinde şi concluzia că igiena mintală este o morală practică, aplicată la viaţa psihică.

În literatura de specialitate se întâlnesc mai multe definiţii ale *eutanasiei*. Pentru L. Derobert, eutanasia este „producerea morţii fără suferinţă la bolnavii atinşi de o afecţiune fatală, cu dureri fizice intolerabile şi persistente, cărora metodele terapeutice nu le mai pot aduce nici o ameliorare". Se crede că eutanasia poate fi de mai multe feluri: voluntară sau eliberatoare, la cererea bolnavului; aplicată de medic dintr-un sentiment de milă faţă de suferinţele bolnavului; artificială, în stare de sănătate, ca o formă de „suicid-soluţie" la situaţiile conflictuale (Seneca, Petronius).

P. Rentchnick distinge două grupe mari de eutanasie: medicală şi socială:

a) *eutanasia medicală* este raportată la o afecţiune incurabilă, care intră în incidenţa practicii medicale. Aceasta constă în: *eutanasia pură*, care reprezintă o pregătire în vederea morţii, prin uşurarea suferinţelor, fără scurtarea speranţei de viaţă, ca urmare a aplicării unor măsuri de ordin psihoterapeutic şi spiritual; *eutanasia indirectă*, ce reprezintă uşurarea suferinţelor cu pierderea comunicării, ca efect secundar al analgezicelor administrate, şi cu scurtarea speranţei de viaţă a persoanei; *eutanasia pasivă*, care este renunţarea la aplicarea metodelor de reanimare sau de terapie intensivă sau oprirea tratamentelor curente; *eutanasia directă* sau activă, ce reprezintă acţiunea deliberată a medicului vizând suprimarea vieţii bolnavului;
b) *eutanasia socială* sau demedicalizarea constă în evitarea administrării îngrijirilor medicale bolnavilor trecuţi de vârsta de 65 de ani, care, din acest motiv, nu mai sunt consideraţi productivi în planul activităţii sociale.

În cazul eutanasiei se discută două aspecte (P. Rentchnick): *prelungirea artificială a vieţii*, ce este un concept medical greu de definit şi de justificat; *prelungirea artificială a agoniei*, în cazul în care prelungirea vieţii apare lipsită de orice sens.

De aceste două aspecte se leagă un al treilea, reprezentat prin *„eupathie"*, ce desemnează starea de ameliorare a suferinţei sau a evoluţiei clinice a bolii prin mijloace terapeutice şi în cursul căreia bolnavul se mai poate încă bucura de o stare de bine relativ, în cadrul stării sale patologice evolutive.

Prelungirea artificială a vieţii are o cu totul altă semnificaţie atunci când nu se mai bazează pe mijloacele eficiente de tratament, ci este condusă de eforturile artificiale ale unui tratament iluzoriu sau paliativ. Acestea sunt cazurile lui Franco, Tito, Bumediene etc.

În această situaţie, când bolnavul îşi pierde cunoştinţa şi demnitatea fără speranţa de a le mai redobândi, când suferinţa este prelungită fără sens, moraliştii şi teologii vorbesc despre „moartea persoanei".

Din punct de vedere practic, medicina nu dispune însă, deocamdată, de „criterii medicale" stricte, general-valabile, care să permită justificarea unor întreruperi ale tratamentului ce prelungeşte în mod artificial viaţa. Singurul criteriu valabil îl reprezintă „moartea creierului", constatată pe traseul EEG.

Dincolo de aspectele morale, religioase şi medicale ale eutanasiei, se pun şi câteva probleme de ordin juridic, privind formele acesteia (F.R. Cerruti, D. Callahau, V. Admiraal, L. Schwartzenberg, J. Jitta). Din punct de vedere juridic, *eutanasia activă* este considerată homicid şi cade sub incidenţa legii penale. În mod egal, este interzis homicidul comis la cererea bolnavului. Medicul care influenţează evoluţia bolii, în sensul provocării morţii bolnavului, este considerat vinovat de homicid.

Eutanasia indirectă constă în administrarea, în scopul ameliorării unor suferinţe intolerabile, a unor calmante ale căror efecte pot duce la scurtarea vieţii bolnavului. Aplicarea eutanasiei pasive depinde de „rolul de garant" al vieţii bolnavului pe care şi-l asumă medicul. În acest caz, din punct de vedere juridic, medicul nu este vinovat.

M. Siegler propune un program de aplicare a procedeelor medico-terapeutice, de ordin psihoigienic, în special la bolnavii cronici cu boli incurabile, program eşalonat, după cum urmează:

a) stabilirea diagnosticului, a pronosticului şi a alternativelor terapeutice în sensul indicaţiilor medicale;
b) aducerea la cunoştinţa bolnavului a datelor de mai sus şi consultarea acestuia în ceea ce priveşte acceptarea sau refuzarea recomandărilor formulate de medic în vederea dreptului de a interveni asupra stării de sănătate sau de boală a persoanei în cauză;
c) evaluarea calităţii vieţii oferite bolnavului, în urma aplicării tratamentului;
d) aprecierea factorilor externi: familie, costul tratamentului, nevoia de îngrijire, beneficiul economic al societăţii.

Din cele de mai sus se desprinde faptul că, în condiţiile societăţii moderne, ale crizei valorilor cauzate de schimbările sociale frecvente şi profunde, asistăm la o schimbare a mentalităţii, a imaginii şi ideilor despre om, toate conducând către acelaşi substrat moral, aflat, la rândul său, în criză.

Excesul de reglementări sociale, mascat de un aparent liberalism al societăţii contemporane, pune aceste probleme acţiunii de igienă mintală. Practica medicinei va suferi mutaţii corespunzătoare acestei noi mentalităţi. Omul va avea o altă semnificaţie în sfera medicinei. Totul se reduce la utilitarism, fenomen care tinde să anuleze umanismul medical. Acest aspect este împins uneori, în unele state, până acolo încât aplicarea pedepsei cu moartea e lăsată în sarcina medicilor, tot într-o formă mascată de „eutanasie socială", de fapt, un gen de eugenie aplicată la individ.

Ne punem întrebarea legitimă, în această situaţie, dacă o asemenea mentalitate este favorabilă medicinei, dacă ea e pusă în slujba omului sau dacă, dimpotrivă, reprezintă interesele societăţii, sacrificând individul. Incontestabil că aşa evoluează lucrurile. O nouă direcţie în care se afirmă acest curent este *bioetica*.

4. Bioetica

Bioetica este o concepţie, o atitudine şi o practică medicală legată de utilizarea organelor umane în scopul transplantărilor acestora, de fecundaţia artificială sau de „închirierea uterului", de experimentele umane etc. Este un punct de vedere rezultat din dezvoltarea cercetărilor medicale care aduc în discuţie o nouă imagine a „omului în medicină".

Din punctul de vedere al igienei mintale, atât eutanasia, cât şi practicile bioeticii medicale aduc în prim-plan noi *tehnici medicale ale vieţii*.

În faţa acestor situaţii noi, dictate de progresele cunoaşterii medicale, ne punem cu legitimă seriozitate întrebarea: „Ce ne este permis să facem în medicină?". Anticii spuneau: *„Primum non nocere deinde salutare!"*. Orice *acţiune medicală* trebuie pusă sub semnul *responsabilităţii*. În această privinţă, igiena mintală este, de la un capăt la altul, o suită de responsabilităţi. Ea are ca scop unic protejarea şi promovarea stării de sănătate mintală. În acest caz, cum se înscrie psihoigiena în sfera noilor curente de opinie şi practici care apar în aria medicinei? Care este atitudinea igienei mintale? De acceptare sau de refuz?

A merge pe o linie clasică este, desigur, imposibil. Trebuie acceptat noul. Dar în ce măsură, cum? Aici este problema. Ceea ce contează este *omul, viaţa* şi *sănătatea* acestuia. În acestea trebuie să constea orice acţiune de igienă mintală. Rezultatele cercetării pot fi aplicate, dar numai în măsura în care ele vin să consolideze aceste trei valori, şi nu să le transforme în experimente. E la fel de aberant să încerci a prelungi o existenţă cum este să o întrerupi. Eutanasia şi transplantul de organe sunt situaţii paradoxale ale practicii medicale. Igiena mintală are în privinţa aceasta un cuvânt foarte important de spus. Ea trebuie să precizeze *ceea ce este permis* în practica medicală, *cum trebuie protejat* bolnavul, care e *valoarea sănătăţii mintale, ce este viaţa* pentru medicină.

Igiena mintală trebuie să aibă în vedere, în primul rând, respectul vieţii şi al demnităţii individului, pe care să le aşeze sub semnul responsabilităţii medicale. În sensul acesta, ea devine o importantă specialitate, cu implicaţii medico-legale şi morale.

5. Eugenia

Eugenia face parte din măsurile de psihoigienă, indicând – ca, de altfel, şi eutanasia şi bioetica – o anumită mentalitate şi o atitudine psihosocială faţă de suferinţă în general şi în special faţă de boala mintală şi bolnavul psihic (H.W. Siemens).

Având la origine o justificare genetică, de selecţie ereditară în scopul cultivării indivizilor celor mai dotaţi ca sănătate, eugenia este definită de M. Boigey ca fiind „ştiinţa ce stabileşte regulile pe care trebuie să le urmeze oamenii în scopul asigurării unei continuităţi armonioase a speciei". Se pot vedea din această definiţie influenţe ale unei mentalităţi derivate din darwinismul social, susţinut, în secolul al XIX-lea şi primele decenii ale secolului XX, de Galton, Katsainos, Fournier, Parrot, Marfan, Hutinel.

Eugenia pune accentul pe ereditate, pe tarele ereditare şi pe riscul de transmitere genetică a bolilor psihice. Ea este corelată cu o mentalitate represivă a societăţii faţă de boala psihică şi bolnavii mintal, considerându-le stări sociale incurabile şi, în consecinţă soluţiile constau fie în împiedicarea apariţiei unor asemenea indivizi în cadrul grupului social, fie în izolarea sau suprimarea fizică a acestora, acţiune care începe cu instituirea unor măsuri prohibitive de reproducere.

Făcând o sinteză a datelor din literatura primelor două decenii ale secolului XX, M. Potet analizează „mijloacele de împiedicare a procreării de către indivizii predispuşi la nebunie". În scopul realizării acestei „eugenii totale", M. Potet indică mai multe mijloace: castrarea sau sterilizarea; segregarea; sfaturile şi propaganda.

Castrarea constă în ablaţia chirurgicală a glandelor sexuale sau iradierea acestora, în scopul suprimării funcţiei reproductive. Legea eugeniei prevedea următoarele categorii de indivizi care să fie supuşi acestui tratament (Ph. Ehrenström): indivizii cu diagnostic de schizofrenie; indivizii cu PMD; bolnavii epileptici; alcoolicii cu tulburări psihice; debilii mintal; bolnavii de coree cronică Huntington; indivizii cu tendinţe criminale sau criminalii.

În 1924, Dr. Hauswirt, deputat în parlamentul elveţian, a propus ca lege în materie de igienă mintală soluţia eugenetică de „omorâre a alienaţilor incurabili şi a idioţilor". Legea nu a fost admisă, întrucât marea majoritate a deputaţilor elveţieni au protestat energic împotriva acestei „monstruozităţi morale".

Singura ţară unde eugenia a fost legiferată în 1924 a fost SUA, unde ea a şi fost practicată prin castrarea bolnavilor psihic. R. Mourgue afirmă că în Europa, la acea dată, un astfel de proiect nu putea fi admis. Ideea avea însă la bază măsurile de protecţie socială, realizate printr-un act de „selecţie umană" (Ch. Richet, M. Potet). Ch. Richet susţinea că „societatea trebuie să se apere, ea are datoria să distrugă sau să îndepărteze tot ceea ce poate împiedica perfecţionarea speciei, pe toţi marii anormali fizic sau psihic". Se poate remarca aici fundamentul teoriei darwinismului social, impus igienei mintale.

Segregarea este a doua formă de eugenie preconizată. Ea are un caracter negativ. H.M. Pollock susţine că acţiunea de castrare a bolnavilor psihic poate stârni proteste publice şi, din acest motiv, apelează la segregarea lor socială, împiedicându-i să se căsătorească pentru a nu putea avea urmaşi purtători de tare psihice.

A treia formă de măsuri eugenetice despre care vorbeşte M. Potet constă în *educaţia* populaţiei. Aceasta trebuie informată în legătură cu pericolul pe care-l prezintă în societate bolile mintale, precum şi privitor la riscul transmiterii lor pe cale ereditară de la indivizii bolnavi la descendenţii acestora, perpetuând astfel existenţa bolilor psihice în cadrul grupului social-uman. Se recomandă în acest sens următoarele: sfaturi, conferinţe publice, afişe, educaţie sanitară.

Desigur, nu putem admite eugenia în sfera igienei mintale. Progresele medicinei şi ale psihiatriei în ceea ce priveşte posibilităţile de tratament şi recuperare ale bolnavilor mintal sunt considerabile. În plus, schimbarea mentalităţii psihosociale şi morale a eliminat aceste aspecte considerate pe drept antiumane, barbare şi neştiinţifice. Rămâne însă riscul transmiterii ereditare a bolilor psihice în societate. Evident, nu măsurile de „selecţie socială" pot rezolva problema. Se impun în acest sens măsuri de igienă mintală, dar cu un caracter umanist, deschis posibilităţilor de afirmare a persoanei. Nu eradicarea nebuniei prin metode eugenetice este soluţia, ci măsurile de psihoprofilaxie a bolilor psihice şi, în primul rând, măsurile de ameliorare a stării de sănătate mintală a populaţiei. În locul eugeniei, se recomandă promovarea factorilor sanogenetici, dublată de combaterea acţiunii factorilor morbigenetici în populaţie, măsuri de protecţie socială, economică, culturală şi educativ-morală.

Oricine poate avea o afecţiune psihică. Ce trebuie făcut în acest caz? Să suprimăm sau să segregăm bolnavii psihic ori să-i menţinem în societate şi să-i readucem la un nivel de sănătate mintală optimă? Evident, acest din urmă deziderat corespunde acţiunii de igienă mintală – nu eugenia, nu eutanasia, nu bioetica.

Capitolul 42

Expertiza medico-legală psihiatrică a bolnavilor psihic şi a deficienţilor

1. Expertiza medico-legală psihiatrică

Psihiatrul şi psihologul sunt adesea chemaţi să-şi dea *avizul de expert* în privinţa stării de sănătate mintală a unei persoane în cadrul următoarelor forme de expertiză: expertiza capacităţii civile; expertiza răspunderii penale; expertiza stabilirii daunelor; expertiza capacităţii profesionale; expertiza autorităţii ecleziastice.

Obiectivele expertizei psihiatrice se bazează pe următoarele criterii:

a) dacă examenul psihiatric şi psihologic al subiectului pune în evidenţă tulburări psihice;
b) dacă actul antisocial este în raport cu aceste tulburări psihice;
c) dacă subiectul prezintă un pericol social;
d) dacă i se poate aplica subiectului o sancţiune penală;
e) dacă subiectul poate fi tratat şi recuperat.

Expertiza medico-legală psihiatrică pune câteva probleme, după cum urmează:

a) examinează subiectul din punct de vedere medico-psihiatric şi stabileşte dacă discernământul acestuia, legat de acţiunile sale, este păstrat, diminuat sau pierdut;
b) se stabileşte dacă subiectul este: responsabil de actele sale; iresponsabil de actele comise; parţial responsabil de actele sale şi, în acest caz, în ce măsură e responsabil;
c) dacă subiectul este iresponsabil, se stabileşte dacă el şi actele sale constituie un pericol social şi, în acest caz, dacă el trebuie internat şi tratat într-o instituţie psihiatrică cu un regim de supraveghere special.

2. Responsabilitatea

Responsabilitatea are sensuri foarte diferite, în funcţie de criteriile utilizate. A fi responsabil de un act semnifică faptul că trebuie să dai socoteală de acest act şi să suporţi consecinţele sale (H. Verger).

Responsabilitatea poate fi morală, juridică, socială sau medicală.

Conceptul de *normalitate* fiind asociat cu cel de *responsabilitate*, el este definit, într-o anumită măsură, în sens negativ, prin absenţa caracteristicilor care ne fac să

indicăm iresponsabilitatea. În sensul acesta, conceptul de *iresponsabilitate* se asociază cu cel de *anormalitate* (H. Verger).

Responsabilitatea se defineşte pe baza a două criterii: *liberul arbitru* şi *determinismul*.

Teoria liberului arbitru susţine că omul este intrinsec liber să aleagă, dintre diferitele solicitări, pe cea pe care o consideră cea mai adecvată pentru acţiunile sale. El este, prin urmare, în mod real responsabil de sensul acţiunilor care îi aparţin în totalitate.

Din perspectiva tezei, se apreciază că omul este în mod necesar determinat, în actele pe care le îndeplineşte, de condiţiile anterioare, ce i-au fost impuse sau ce i s-au oferit, la fel cum acţiunile din natura fizică sunt supuse principiului cauzalităţii.

Teza liberului arbitru justifică legislaţia penală, pe când teza determinismului face ca individul să fie absolvit de răspundere.

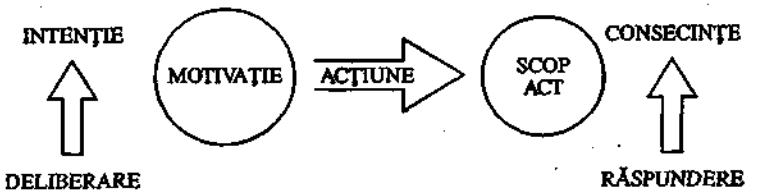
C. Lombroso, Feri şi Garofalo combat teza responsabilităţii, stabilind de la început iresponsabilitatea criminalilor.

Majoritatea oamenilor normali se consideră, în mod ferm, liberi să hotărască ei înşişi în privinţa diferitelor căi care li se oferă de a-şi exercita acţiunile. De aici rezultă că ei pot enunţa şi aprecia motivele actelor lor. Apar două situaţii: la oamenii normali, actele nu sunt decât puţin sau chiar deloc previzibile; la bolnavii psihic, actele sunt previzibile atât la modul general, cât şi în detaliu. Actele alienaţilor, modul lor de a se comporta în viaţă apar drept consecinţe necesare, stereotipii anticipative ale stării lor morbide (H. Verger).

Întrucât legea penală defineşte delictele ca fiind direct legate de „faptul material" şi de „voinţa delictuală", stările de alienare mintală sunt exceptate de la incidenţa legii penale.

Pentru a putea fixa cât mai exact sfera culpabilităţii şi cea a iresponsabilităţii, se impune stabilirea limitelor alienării mintale în raport cu starea de normalitate (J. Falret, E. Régis). Grasset a formulat această doctrină într-o lucrare celebră, în care, vorbind despre *„demi-fous, demi-responsables"*, ridica problema normalităţii şi a anormalităţii în raport cu responsabilitatea şi iresponsabilitatea actelor individuale. După el, responsabilitatea este, în mod necesar, legată de integritatea funcţiilor mintale din punct de vedere medico-biologic.

Orice comportament individual se desfăşoară între o *motivaţie* (cauză) şi un *scop*. Relaţia dintre motivaţie şi scop este realizată printr-o *acţiune*. Legea stabileşte că exercitarea unei acţiuni sau desfăşurarea unui comportament decurge în mod liber, subiectul deliberând anterior, printr-o evaluare critică a raportului dintre motive şi scop sau dintre *intenţie* şi *consecinţele* acţiunii sale. Fiind liber, el acţionează conform propriei sale voinţe. Din acest motiv, individul răspunde permanent de faptele sale şi de consecinţele lor.



Expertul trebuie să stabilească dacă, în momentul comiterii actului sau a faptei, subiectul era sau nu în deplinătatea facultăţilor sale mintale. Expertiza trebuie să stabilească deci libertatea de decizie a subiectului şi consecinţele acesteia privind caracterul delictual al acţiunii sale.

În această situaţie, conceptul de *demenţă* sau de *alienare mintală* are, în primul rând, o semnificaţie juridică şi nu se calchiază pe cea a conceptelor nosologiei psihiatrice. Gradul de alienare mintală este cel din care decurge şi stabilirea stării de responsabilitate a subiectului faţă de acţiunea sa. Din acest motiv, trebuie făcute următoarele precizări: *discernământul* este capacitatea de a aprecia exact intenţia şi motivaţia acţiunii; *responsabilitatea* e capacitatea de a răspunde de consecinţele acţiunii.

Expertiza va face aprecieri şi asupra persoanei infractorului; în această privinţă, există două teorii:

a) C. Lombroso consideră că toţi criminalii sunt personalităţi degenerate (în sensul teoriei lui V. Magnan), care prezintă tare fizice caracteristice unei constituţii psihice de ordin particular; se remarcă absenţa milei şi a respectului faţă de alţii, o impulsivitate malignă, inadaptare socială; aceste caracteristici sunt specifice tipului de sociopat antisocial;
b) Lacassagne şi Tarde consideră că orice criminal este expresia unei anumite forme de „boală socială", ce apare pe un anumit teren constituţional (biopsihotip), reproducând trăsăturile specifice sociopatiei.

3. Geneza şi dinamica personalităţii şi a comportamentului delictual

Această problemă a preocupat un mare număr de specialişti, care i-au dedicat studii importante (C. Lombroso, G. Tarde, M.B. Clinard, D.C. Gibbons, V. Dragomirescu).

Elementul central al problemei priveşte formarea personalităţii şi felul în care individul îşi rezolvă propriile situaţii de viaţă. Formarea personalităţii şi, implicit, a stării de sănătate mintală se referă la procesul de creştere, dezvoltare şi socializare ale individului. Două elemente contribuie la aceasta:

a) influenţa modelului sociocultural, reprezentată prin: asocierea la grupurile delictuale; nivelul de instrucţie şcolară sau culturală a individului; structura grupului familial de origine; statutul de emigrant; statutul de minoritar; apartenenţa la o anumită clasă socială, la un anumit clan etc.;
b) trăsăturile individuale, reprezentate prin: vârstă; sex; nivelul de inteligenţă; constituţia biopsihică; prezenţa sau absenţa unor infirmităţi; bolile psihice actuale sau anterioare.

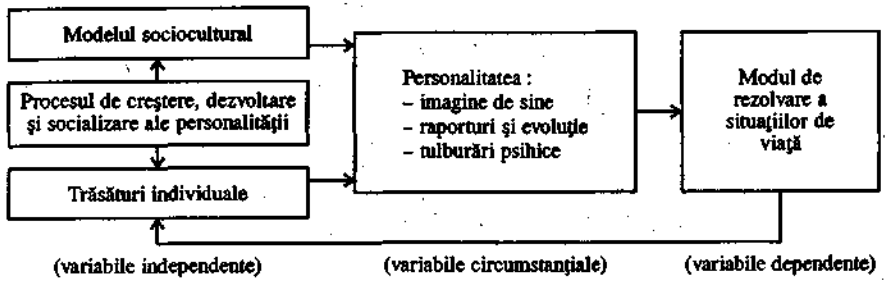
În ceea ce priveşte formarea personalităţii, trei elemente interesează problema la care facem referinţă, şi anume:

a) imaginea de sine: „băiat bun" (admis); „băiat rău" (respins);
b) raporturile şi evoluţia: frustrări şi carenţe afective; traume psihosociale, familiale, profesionale;

c) tulburările psihice: nevrotice, psihotice, psihopatice, de comportament.

De natura personalităţii individului depinde modul de rezolvare a situaţiilor de viaţă ale individului, care, la rândul lui, depinde de următoarele aspecte: conflicte, conduite de refugiu, delicte, crime, resemnare, suicid.

În acest proces acţionează trei grupe de factori, şi anume: variabilele independente, legate de procesul de creştere, dezvoltare şi socializare ale personalităţii; variabilele circumstanţiale în care intră structura personalităţii propriu-zise; variabilele dependente, ce reprezintă modul de rezolvare de către individ a situaţiilor sale de viaţă.



Se poate vedea din cele de mai sus că precizarea conceptelor de „conduită deviantă" şi „personalitate sociopatică" are un cadru destul de greu de definit, întrucât în aceste concepte intră factori multipli: psihologici, sociali, culturali, morali etc.

Pe aceste considerente, C.R. Jeffrey notează că nici psihanaliza (S. Freud) şi nici sociologia (E.H. Sutherland) nu pot răspunde singure acestei chestiuni, întrucât nu toţi sociopaţii sunt nevrotici şi nici nu sunt toţi produsul unor conduite deviante învăţate în grup. Încercând să reconstituie profilul personalităţii delincventului sociopat, C.R. Jeffrey notează următoarele caracteristici: existenţa unei depersonalizări sociale; formarea unui Eu şi a unui Supra-Eu defectuoase, ca urmare a unei identificări imperfecte cu figurile parentale; integrarea în societate lasă de dorit; sociopatul nu interiorizează valorile culturii globale decât parţial, fapt care-l plasează într-o stare de izolare mintală relativă în mediul său; o depersonalizare a relaţiilor sociale, ce se manifestă prin inautenticitatea individului respectiv, de cauză organică sau accidentală; tulburările emoţionale, precum şi tulburările de origine socială afectează integrarea personalităţii în raport cu ea însăşi şi cu grupul social.

Plecându-se de la aceste concluzii, se poate afirma că orice *conduită deviantă* recunoaşte două grupe de factori care contribuie la formarea ei:

a) factorii biopsihologici, de origine pur individuală;
b) factorii socioculturali, de origine pur socială.

Specialiştii leagă *conduitele deviante* de starea de *anomie*, în special socială (E. Durkheim, R.K. Merton, D. Mechanic, J. Dollard, M.B. Clinard, L.T. Wilkins). Anomia rezultă dintr-o ruptură în structura socioculturală, cu consecinţe imediate asupra formării personalităţii şi a normării comportamentului. Din acest motiv, este important

de menţionat latura psihologică a fenomenului. Conduita deviantă va fi rezultanta unor „căutări" ale individului legate de statutul şi rolul său social, în condiţiile în care modelul sociocultural nu i le mai poate oferi sau, dimpotrivă, i se propune un *antimodel anomic*.

R.K. Merton remarcă faptul că, în aceste condiţii, individul încearcă să se adapteze sau să se pună în acord cu societatea, apelând la următoarele mecanisme: conformism: scopuri culturale şi mijloace instituţionale acceptate; inovaţie: scopuri culturale acceptate, dar mijloace instituţionale respinse; ritualism: scopuri culturale refuzate, dar mijloace instituţionale acceptate; retragere: refuzarea atât a scopurilor culturale, cât şi a mijloacelor instituţionalizate; revoltă: scopuri culturale şi mijloace instituţionalizate refuzate şi înlocuite cu altele.

Anomia socială are repercusiuni profunde şi imediate asupra personalităţii individului, a stării de sănătate mintală a acestuia, fapt care interesează direct acţiunea de igienă mintală. Din acest motiv, trebuie căutate aspectele care, în condiţiile stării de anomie socială, influenţează viaţa mintală a individului. Acestea sunt următoarele (D. Lagache, C.R. Jeffrey, D. Mechanic, L.T. Wilkins, J. Dollard): factorii responsabili ai comunităţii sunt indiferenţi faţă de nevoile ei; nu se poate face prea mult într-o societate în care totul este imprevizibil; obiectivele care se propun pentru un model de viaţă normală sunt epuizate înainte de a fi atinse; o viaţă lipsită de sens nu le oferă nimic membrilor societăţii; nu se poate conta pe nimeni în ceea ce priveşte obţinerea unui sprijin moral şi social.

În aceste condiţii, *anomia* are două implicaţii majore, directe: în plan social, o dezorganizare valorică a societăţii; în plan individual, dezechilibrul moral al persoanei.

Sintetizând cele de mai sus, M.B. Clinard propune o schemă de distribuţie a modelelor de conduite deviante, după cum urmează:

a) domeniul *factorilor psihobiologici*, de origine pur individuală, în care intră: delincvenţii obişnuiţi (furturi minore, vagabondaj, infracţiuni faţă de ordinea publică); prostituatele şi homosexualii; delincvenţii ocazionali (agresivitate, homicid, vandalism, violuri etc.); cazurile extreme de deviaţie sexuale (exhibiţionism, sadism, crime sexuale violente etc.); alienaţii mintal;
b) domeniul *factorilor socioculturali*, de origine pur socială, în care intră: delincvenţii din categoria nemanuală; delincvenţii sistematici; criminalii organizaţi; criminalii profesionişti.

4. Tipurile de delincvenţi

În ceea ce priveşte tipurile de delincvenţi, părerile specialiştilor sunt diferite. Astfel, C. Lombroso vorbeşte despre tipul *criminalului înnăscut*, marcat prin tare ereditare de ordin biologic şi psihiatric. În afara acestuia, el mai menţionează şi alte tipuri: *criminalii pasionali*, *criminalii ocazionali*, *criminalii obişnuiţi* etc.

A.R. Lindesmith şi H.W. Dunham deosebesc două tipuri: *criminalul social*, ale cărui acte criminale sunt în contradicţie cu prescripţiile modelului cultural; *criminalul individual*, ce comite acte criminale din cauza unor tulburări psihice sau a stresului unor situaţii.

M.B. Clinard vorbeşte de două grupe de criminali: *criminali de profesie*; *criminali ocazionali* sau patologici (alienaţi mintal), neprofesionişti.

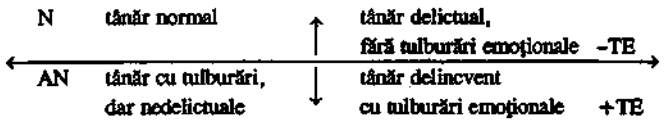
În sensul acesta, M.B. Clinard face o clasificare a tipurilor de delincvenţi şi a comportamentelor criminale, distingând nouă tipuri. El constată existenţa unei înrudiri între tipurile de criminali profesionişti şi tipurile de criminali neprofesionişti, pe care o ilustrează cu tipurile intermediare, care nu sunt decât forme gradate ale aceleiaşi deviaţe sociopatice, evoluând de la criminalii nepatologici către criminalii patologici. Tipurile descrise de M.B. Clinard sunt următoarele: *criminalii profesionişti*: hoţii de buzunare, spărgătorii de bănci, falsificatorii, escrocii; *criminalii organizaţi*: *„killer"*-ii, reţelele de prostituţie, traficanţii de droguri, mucitorii clandestini; *criminalii profesionişti obişnuiţi*: bandele de tineri, bandele de adulţi; *criminalii „gulere albe"*: oamenii de afaceri, clericii, politicienii şi funcţionarii guvernamentali; *criminalii obişnuiţi neînnăscuţi*: cei care comit furturi neînsemnate, vagabondaj; *prostituatele şi homosexualii*: cei ce au conduite homosexuale, practică prostituţia; *delincvenţii ocazionali*: cei care comit omoruri, acte de vandalism; persoanele cu *deviaţe sexuale*: exhibiţionismul, violul; *criminalii patologici*: bolnavi mintal.

În ceea ce priveşte geneza conduitelor deviante de tip criminal, două grupe de factori intervin în cazurile analizate de M.B. Clinard:

a) *factori sociogenetici comunitari*: modelul cultural, relaţiile sociale şi interesele de grup; aceştia acţionează în cazul următoarelor forme de criminali: criminali profesionişti, criminali organizaţi, criminali profesionişti obişnuiţi, criminali „gulere albe";
b) *factori psihogenetici individuali*: tulburări de comportament, constituţii psihopatice, stări reactive, perversiuni sexuale, boli psihice; aceştia acţionează în cazul următoarelor forme de criminali: criminali obişnuiţi neînsemnaţi, prostituate şi homosexuali, delincvenţi ocazionali, persoane cu deviaţe sexuale, criminali patologici.

Se observă, aşa cum spuneam anterior, în cazul clasificării lui M.B. Clinard, o creştere progresivă a potenţialului agresivităţii criminale şi, în acelaşi timp, o deteriorare a stării de sănătate mintală, de la criminalii profesionişti nepatologici până la criminalii neprofesionişti patologici (vezi şi schema lui M.B. Clinard).

W.C. Kovarcens se referă în special la delincvenţii tineri, în cazul cărora distinge două variabile asociate: pulsiunea delictuală şi tulburarea emoţională. Aceste aspecte se pot vedea clar în schema de mai jos:



D.C. Gibbons propune o tipologie a delincvenţilor juvenili considerată a fi una dintre cele mai bune, şi anume: grupurile delictuale de tâlhari; grupurile delictuale de conflictuali; grupurile delictuale cauzale; delincvenţii cauzali individuali, negrupaţi; hoţii de automobile; toxicomanii cu heroină; delincvenţii agresivi; delincvenţii cu tulburări de comportament.

Factorii care contribuie la formarea acestor tipuri de delincvenţi sunt următorii: clasa socială; stabilitatea, calitatea şi structura vieţii de familie; gradul de înclinare

către comportamentul delictual de grup, incluzând calitatea şi structura fiecărui grup; natura relaţiilor anterioare cu instituţiile coercitive (poliţie, tribunale, case de corecţie etc.).

5. Clasificarea delictelor la alienaţi

Conduitele delictuale ale bolnavilor psihic au caracteristici specifice, legate direct de tulburarea stării de sănătate mintală, de incapacitatea acestora de a aprecia consecinţele actelor şi a comportamentelor lor, de marele potenţial antisocial de agresivitate.

M. Dide şi P. Guiraud au propus o interesantă clasificare a delictelor comise de bolnavii psihic, după cum urmează:

a) *crime şi delicte antisociale*, împotriva statului şi a instituţiilor publice:
   - crime contra siguranţei statului, comise, de regulă, de paranoici, idealişti pasionali, revendicatori politici, anarhişti dezechilibraţi;
   - crime contra apărării naţionale, de obicei dezertarea, întâlnită mai frecvent la debili, melancolici, impulsivii psihastenici, PGP;
   - infracţiuni financiar-bancare, comise de falsificatorii de bani, şi abuzul de autoritate – de anarhişti, revendicatori, deliranţi megalomani, ASC;
   - rezistenţa generală faţă de autoritatea de stat, întâlnită la rebeli, alcoolici, toxicomani, epileptici, maniaci, alcoolici, PGP;
   - infracţiuni în raport cu legea care protejează viaţa socială: cerşetorie; debili mintal, imbecili, demenţe, ASC, vagabondaj, psihopaţi, psihastenici, melancolici, epileptici, schizofrenici, PGP;

b) *crime şi delicte contra persoanei*:
   - crime capitale: homicid involuntar – alcoolici, epileptici, maniaci, schizofrenici; homicid cu premeditare – paranoici, ipohon... ici, delirant-halucinatori; paricid – psihopaţi amorali perverşi, debili mintal, PGP; otrăvitori – psihopaţi, isterici; infanticizi – psihopaţi sadici, melancolici anxioşi;
   - lovituri şi răniri – paranoici, alcoolici, epileptici, PGP, demenţe organice;
   - atentate la moravuri: exhibiţionism – PGP, demenţe senile, maniaci; violatori – schizofrenici, epileptici, psihopaţi, impulsivi sadici; necrofilie – imbecili, masochişti;

c) *crime şi delicte contra proprietăţii*:
   - escrocherie: escrocherie cu fals – psihopaţi, toxicomani; escrocherie cu abuz de încredere – psihopaţi, idealişti mistici; căsătoria ca escrocherie – psihopaţi, isterici cu fabulaţii mitomaniace;
   - furt: furt calificat – psihopaţi; furt cu etalaj – cleptomani, psihopaţi, PGP, ASC, demenţă senilă; furt de alimente – alcoolici, demenţe organice, PGP, maniaci.

6. Mecanismele psihopatologice ale delictelor

M. Laignel-Lavastine, A. Barbé şi Delmas s-au ocupat de studiul mecanismelor psihopatologice ale acţiunilor delictuale. În sensul acesta, ei au remarcat câteva aspecte particulare, din punct de vedere psihopatologic, pentru diferitele forme de delicte. În

cazul bolnavilor psihic, actele delictuale apar în corelaţie directă cu natura tulburărilor psihice ale acestora. Le vom analiza pe rând în cele ce urmează.

Furtul patologic are la bază următoarele mecanisme psihopatologice: reacţia reflexă simplă la debilii mintal; impulsiunea inconştientă la epileptici; impulsiunea secundară a unei idei delirante, căreia nu i se recunoaşte caracterul patologic; impulsiunea conştientă, căreia i se recunoaşte caracterul patologic şi este însoţită de angoasă; impulsiunea irezistibilă secundară unei nevoi organice naturale (foame) sau artificiale (morfinomanie).

Violenţele şi homicidul patologic au la originea lor următoarele mecanisme psihopatologice: reacţia reflexă simplă la debilii mintal; impulsiunea inconştientă la epileptici; impulsiunea conştientă, dar căreia nu îi recunoaşte caracterul patologic, la deliranţi; impulsiunea conştientă nedublată de angoasă, în psihopatii; impulsiunea conştientă, dar dublată de angoasă, în stările obsesive; impulsiunea pasională, prin dominarea conştiinţei morale de presiunea pasiunilor; crima vulgară, caracterizată prin utilitate.

Suicidul şi automutilarea au mai multe modalităţi de manifestare, fiecăreia corespunzându-i anumite caracteristici psihopatologice proprii: suicidul reflex, cu caracter subit, impulsiv, specific oligofrenilor şi schizofrenicilor; suicidul impulsiv, de mai multe feluri: inconştient şi subit la epileptici, conştient şi subit la melancolici şi alcoolici, conştient, subit şi cu caracter imperativ la obsesivi; suicidul pasional, determinat de presiunea pasiunilor (L. Proal), cu forme: tipul Werther, suicidul în doi (tipul Romeo şi Julieta), sinuciderile colective (Tucidide, Tacit); suicidul comun, cu caracter moral, după o matură deliberare, având motive susţinute de raţiune ca valabile – acesta poate fi de următoarele tipuri: sinucideri utilitare (în cazurile de dezonoare, de ruină economică), sinucideri-limită, legate de situaţiile fără nici o ieşire, cum ar fi: boli cronice, bătrâneţe, izolare.

Fugile şi vagabondajul patologic au la bază următoarele aspecte psihopatologice:

- reacţii subite, neexplicabile (schizofrenia);
- fuga impulsivă şi amnestică (epilepsia);
- fuga prin carenţe educativ-emoţionale, conflicte familiale, presiuni şi pedepse aplicate copilului;
- fugile impulsive, dar conştiente şi conservate amnezic, ale psihopaţilor;
- vagabondajul patologic din cazul demenţelor senile, deliranţilor sau oligofrenilor;
- vagabondajul economic sau social (şomeri, exilaţi, profesiuni ambulante, dezertori, bolnavi psihic evadaţi din spitale);
- vagabondajul migrator (bande de delincvenţi).

Atentatele la moravuri şi prostituţia au următoarele forme:

- prostituatele înnăscute sunt, după clasificarea lui C. Lombroso, psihopate cu o imaturitate afectivă şi morală; ele se caracterizează prin: impudicitate, frigiditate, superstiţii, alcoolism, sunt gurmande, agitate, leneşe, vanitoase, vicioase, imprevizibile, mitomane, cu un intelect de limită; se mai notează absenţa simţului moral, indiferenţă afectivă, înclinaţii către rău; sunt imprevizibile şi cu un mare potenţial delictual;
- prostituatele ocazionale sunt persoane morale, dar care au căzut victime mizeriei, provenind din familii dezorganizate; în manifestarea lor ca atare au importanţă violurile, răul model; sunt recuperabile;

- grupa prostituatelor intermediare ocupă un loc de mijloc între cele două tipuri de mai *sus*; *ele prezintă trăsături de personalitate de tip psihopatic*: *slăbirea simțului* moral, sugestibilitate; această grupă poate fi parțial sau total recuperată.

M. Dide și A. Guiraud au stabilit un tablou al corespondenței între formele de delicte sau crime și tipul de boală psihică, așa cum se desprinde în continuare.

Furtul este caracteristic pentru debilii mintal, psihopați, cleptomani, PGP, demențele ASC, senili, alcoolici.

Escrocheria este întâlnită la psihopați, toxicomani, sociopați, antisociali, isterici.

Atentatele la moravuri au mai multe aspecte:

- exhibiționismul, în cazul PGP, al demenței senile, al maniacilor;
- violul – la epileptici, schizofrenici, psihopați impulsivi sadici;
- *necrofilia – la oligofreni, masochiști.*

Crimele sunt caracteristice pentru alcoolici, schizofrenici, epileptici, maniaci, paranoici, deliranții halucinatori, isterici, melancolici, psihopați, sadici, stările anxioase.

Vagabondajul este întâlnit la psihopați, sociopați, psihastenici, epileptici, PGP, schizofreni, alcoolici.

Cerșetoria apare la maniaci, oligofreni, psihopați, deliranți.

Actele antisociale sunt specifice paranoicilor. În această categorie sunt incluse (Genil-Perin, E. Régis, H. Verger, H. Damaye) următoarele tipuri: idealiștii pasionali, revendicatorii politici, anarhiștii deliranți, reformatorii morali, religioși sau politici. Grupa de „revoluționari" cuprinde epilepticii, alcoolicii și psihopații.

În toate situațiile mai sus prezentate, se impune stabilirea *statutului social-juridic* al acestor categorii de bolnavi psihic. Fiecare stat are prevăzute în legislația sa măsurile de protecție socială împotriva actelor antisociale, indiferent de natura lor. În cadrul acestor prevederi legale sunt incluse și situațiile de mai sus, legate de actele antisociale ale bolnavilor psihic. Astfel, Franța a adoptat în 1838 o lege, încă în vigoare, privind regimul libertăți individuale și alienații mintal. În România a funcționat HCM 12/1965, care ulterior a fost înlocuit cu Dec. 33, ce prevede stabilirea măsurilor de siguranță socială și regimul internării obligatorii pentru bolnavii psihic cu potențial antisocial. În plus, în cazul bonavilor psihic ce au comis delicte sau crime, după expertiza psihiatrică medico-legală, care stabilește gradul de discernământ, prin hotărârea judecătorească este stabilită responsabilitatea penală în raport cu fapta comisă. În cazul în care delincventul este găsit iresponsabil, instanța judecătorească hotărăște ca, în baza Art. 113 C.P., acesta să fie internat, prin aplicarea măsurilor de siguranță, într-o instituție psihiatrică cu un regim special, în vederea tratamentului psihiatric sub supraveghere. Dacă starea sa psihică s-a ameliorat sau remis, tot prin hotărâre judecătorească, sunt ridicate măsurile de siguranță, în baza Art. 114 C.P. Aceste aspecte au un caracter medico-judiciar și privesc atât obligativitatea tratamentului bolnavilor psihic delincvenți sau criminali, cât și protecția societății față de actele antisociale ale acestora.

În ceea ce privește stabilirea statutului social-juridic al bolnavului psihic, sunt prevederi diferite în raport cu natura cauzei, după cum urmează:

- în materie civilă, se dispune, după caz, instituirea măsurilor de interdicție a individului, fie prin tutelă, fie prin curatelă;

- în materie penală, se are în vedere stabilirea gradului de responsabilitate, în funcție de *starea de discernământ a individului*: păstrată, diminuată sau pierdută; în raport cu gradul de responsabilitate, se stabilește pedeapsa sau măsurile de supraveghere care se impun;
- din punct de vedere medical, se stabilește, în cadrul expertizei medico-legale psihiatrice, dacă subiectul este sănătos sau dacă e bolnav psihic; în cazul depistării unei afecțiuni psihice, se precizează gradul său de discernământ, dispunându-se, în funcție de aceasta, internarea obișnuită, internarea cu măsuri de siguranță sau recuperarea bolnavului.

Capitolul 43

Recuperarea bolnavilor psihic şi a deficienţilor

1. Conceptul de *recuperare*

Orice societate umană are o mentalitate proprie, un model sociocultural specific, ce normează formele de gândire şi conduitele indivizilor şi ale instituţiilor sociale respective, sub toate aspectele.

Mentalitatea societăţii referitoare la starea de sănătate mintală şi boală psihică se manifestă prin următoarele: ideile despre starea de sănătate şi boală, datorate în special cunoştinţelor ştiinţifice şi studiilor experimentale; reprezentările despre sănătate şi boală, ca formă de ideologie colectivă, cu un pronunţat caracter empiric, tradiţional, bazat pe observaţii şi tradiţii; acţiunile legate în special de posibilităţile de depistare, diagnostic şi tratament ale bolnavilor, de restabilire pe căi ştiinţifice a stării de sănătate; modelele de comportament sociopsihocultural privind starea de sănătate sau de boală, vizând în special acţiunile social-comunitare de ordin medical, instituţionalizate; măsurile de asistenţă medicală a bolii şi recuperare a stării de sănătate, ca expresie a nivelului de dezvoltare a medicinei şi a valorilor civilizaţiei în societatea dată.

C.E. Caniff afirmă că recuperarea a apărut o dată cu civilizaţia, înţelegând prin aceasta epoca contemporană. Recuperarea bolnavilor psihic apare ca un deziderat social, ca o înaltă datorie social-morală, ca o formă de umanism psihiatric, caracteristic timpurilor moderne (H. Baruk, H. Ey).

Astăzi, în lumea civilizată, boala mintală nu mai constituie o ruşine şi, de multă vreme, nu mai este un prilej de indiferenţă, ci o problemă de interes şi înţelegere crescânde.

Aspectele legate de recuperarea psihosocială a bolnavului psihic pun probleme noi, antrenând colaborarea unor instituţii medicale specializate, la care îşi aduc concursul instituţii de cercetare ştiinţifică sau organisme guvernamentale (L. Bone şi J. Simon, G. Wells, S.E. Gollan şi C. Eisdorfer, M. Breed, M.R. Chaumont, G. Daumezon, N. Speiger, M. Dubost, Fr. Damon, W. Warren). Asistăm astăzi la organizarea unei vaste reţele de instituţii şi de organizaţii medico-sociale, ştiinţifice, terapeutice sau de protecţie, precum şi a unor organisme guvernamentale specializate: ONU, OMS, UNICEF, CWOIH, societăţi de patronaj, centre de postcură, servicii de reclasare socială, Liga pentru sănătate mintală etc.

Terminologia utilizată pentru a desemna acest concept diferă, deşi, în fond, sunt vizate aceleaşi obiective (H. Ey, Cl. Veil, B.H. Kirman şi J. Bicknell, L. Noro, H. Rusk,

P. Sivadon, C. Enăchescu). Pentru Şcoala americană este obişnuit termenul *reabilitare*. Şcoala franceză foloseşte termenii *readaptare* sau *reclasare*. H. Platt recomandă termenul *reabilitare*, acesta având deopotrivă semnificaţie biologică şi una psihologică. Prin *reabilitare* el înţelege reîncadrarea în muncă a omului bolnav sau plasarea profesională a acestuia ca rezultat al eforturilor de colaborare dintre medicul specialist, personalul auxiliar medical şi membrii organizaţiilor de educaţie şi asistenţă socială.

Pentru V.J. Baltazar, reabilitarea este refacerea demnităţii umane individuale şi transformarea deficientului într-o persoană independentă, activă, în cadrul comunităţii social-umane căreia îi aparţine. Recuperarea este un proces continuu, începând cu îngrijirea care se acordă la instalarea bolii sau în caz de accident, cu deficienţa consecutivă acestora, şi continuând până la plasarea finală a individului într-o activitate remunerată.

Astfel privind problema, recuperarea apare ca o expresie a nivelului de dezvoltare socială, a civilizaţiei şi culturii, a nivelului şi modului de trai al unei comunităţi social-umane (P. Brânzei, J. de Ajuriaguerra şi F. Jaeggi, W. Allinsmith şi G.W. Goethals, R. Lafon, N. Ridenour, J.L. Villa, M. Opler, C. Enăchescu).

2. Principiile recuperării

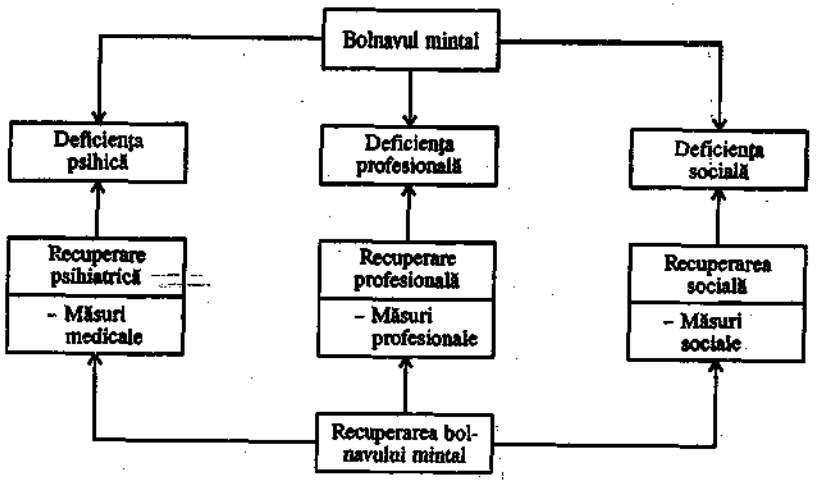
Pentru C.E. Caniff, factorii esenţiali care concură la aplicarea eficientă a recuperării bolnavilor psihic sunt următorii: necesitatea măsurilor de recuperare pentru o mare parte din populaţie; disponibilul de cunoştinţe tehnice şi personalul calificat pentru a presta servicii de recuperare; înţelegerea de către membrii comunităţii social-umane a valorii recuperării pentru bolnavii psihic; dorinţa societăţii de a acţiona în scopul recuperării prin asigurarea serviciilor şi a programelor destinate acestui scop.

Principiile care stau la baza procesului de recuperare a bolnavilor psihic sunt universal admise de majoritatea autorilor (P. Sivadon, R.H. Ojemann, S.W. Mountford, H. Kessler, C. Enăchescu):

a) *principiul antrenării* constă în atragerea şi antrenarea activă ale bolnavilor psihic în procesul de recuperare;
b) *principiul activării* are la bază antrenarea activă, permanentă, prin dinamizarea bolnavului în cursul actului de recuperare, cu menţinerea unui anumit ritm al activităţii terapeutice;
c) *principiul cooperării* stipulează că medicul sau echipa terapeutică trebuie să coopereze cu organizaţiile sociale şi profesionale specializate în procesul de recuperare;
d) *principiul varietăţii* şi *al mobilităţii* constă în diversificarea ritmului recuperării, trecerea de la un tip la altul, ca modalitate de diversificare a activităţii, şi crearea unui climat interesant, atractiv, neobositor, antrenant şi cu efecte pozitive pentru bolnav;
e) *principiul supravegherii dirijate* vizează conducerea şi desfăşurarea activităţii de recuperare după criterii medicale şi psihosociale riguros ştiinţifice, rolul director revenind medicului şi echipei terapeutice;
f) *principiul normalităţii funcţionale* reprezintă scopul recuperării în dorinţa redobândirii capacităţilor şi aptitudinilor pierdute de bolnavul respectiv;

g) *principiul mobilității adaptative* este de natură tehnico-metodologică și constă în diversificarea metodelor de recuperare în cursul diferitelor etape ale procesului terapeutic;
h) *principiul planificării* se referă la mijloacele și etapele de recuperare a bolnavilor;
i) *principiul programării* urmărește organizarea desfășurării stadiale a programului de recuperare, conform planificării acesteia în cazul bolnavilor psihic.

Orice *acțiune de recuperare* urmărește compensarea stării de *deficiență*, ameliorarea stării bolnavului sau a persoanei cu deficiență, reintegrarea sa în familie, profesiune, societate. În vederea realizării acestor obiective, recuperarea bolnavilor sau a persoanelor cu deficiențe psihice postprocesuale se va desfășura în mod diferențiat, în trei direcții, și anume: recuperarea *medicală*, *profesională* și *socială*, așa cum se poate vedea din schema de mai jos.



3. Metodele de recuperare

În ceea ce privește metodele de recuperare a bolnavilor psihic, acestea sunt numeroase și diferite în funcție de autor. Astfel, V.J. Baltazar propune următoarele metode de recuperare:

a) recuperarea fizică, reprezentând totalitatea formelor de tratament în vederea readaptării fizice (deficienți fizici, motori, senzoriali etc.);
b) recuperarea psihică, adresată în primul rând bolnavilor psihic și constând în crearea unui climat psihologic favorabil și antrenarea în activitate a acestora;
c) recuperarea profesională, constând în readaptarea deficientului la o activitate profesional-școlară adecvată tipului său de deficiență;
d) recuperarea socială, o acțiune complexă care vizează readaptarea familială, școlar-profesională și socială a bolnavului.

A. Hulek, analizând metodele tehnice aplicate în procesul de recuperare, constată că acestea se caracterizează prin următoarele: accelerarea procesului recuperării medicale; deficienții psihic sunt ajutați să facă față unor dificultăți din viața cotidiană; accelerarea educației profesionale și formarea deficienților în sensul reutilizării lor în producție; crearea unui mediu plăcut și facilitatea unei bune îngrijiri în cămine; asigurarea efectuării diferitelor funcții casnice.

După C.E. Caniff, la baza metodelor de recuperare stau principiul planificării și cel al programării. Orice recuperare trebuie să aibă un caracter planificat și să vizeze următoarele obiective: să asigure și să mențină mijloacele de recuperare la un înalt nivel calitativ; să creeze condiții de recuperare pentru toate tipurile de deficiență, din toate sectoarele populației și din toate zonele geografice; să asigure o informare intensivă referitoare la valoarea procesului de recuperare.

J. Martin Myers clasifică metodele de recuperare a deficienților psihic în felul următor: metoda comprehensivă; metoda de activare cu participare; activitatea de grup cu dirijare centrală; metoda terapeutică.

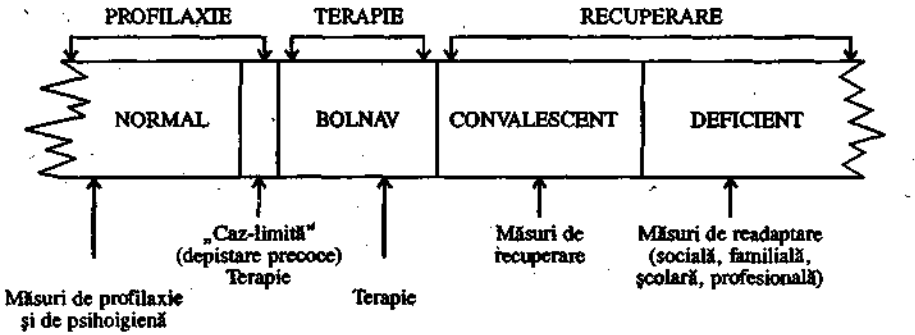
4. Acțiunea de recuperare

Scopul recuperării se realizează prin intermediul acțiunii practice de recuperare. Recuperarea se poate face fie prin regimul de internare intraspitalicească, fie prin regimul de tratament ambulator al bolnavilor psihic. Acțiunea de recuperare propriu-zisă este încredințată echipei terapeutice specializate în acest domeniu.

Orice program de recuperare a bolnavilor psihic trebuie să aibă în vedere următoarele tipuri de obiective:

a) obiectivul principal: recuperarea stării de sănătate mintală a bolnavilor;
b) obiectivul general: recuperarea psihiatrică, profesională și socială;
c) obiectivul secundar: reducerea deficienței psihice, redobândirea capacității de muncă și readaptarea socială.

Orice recuperare se realizează în trei etape: profilaxia, terapia și recuperarea propriu-zisă, așa cum se poate vedea în schema de mai jos:



Din schema de mai sus se desprinde faptul că orice acţiune de recuperare trebuie instituită şi condusă în funcţie de natura stării de sănătate mintală sau de boală psihică a individului, precum şi de stadiul de evoluţie clinică în care surprindem subiectul în cauză. În sensul acesta, pentru individul normal se impun măsuri de psihoprofilaxie. La cazurile-limită, se impun depistarea precoce a tulburărilor şi instituirea unor măsuri eficiente de tratament pentru a opri evoluţia bolii. Bolnavii psihic declaraţi necesită măsuri de terapie adecvată. Recuperarea propriu-zisă se adresează indivizilor după încheierea evoluţiei clinice a bolii. Astfel, în cazul convalescenţilor se vor aplica măsuri de recuperare, pe când în cazul deficienţilor cu stări defectuale postprocesuale constituite se impune aplicarea unor măsuri de readaptare complexă, socială, familială, şcolară sau profesională.

M. Sim face o sinteză a acţiunii de recuperare şi a organizării reţelei instituţionalizate afectată acesteia. În sensul acesta, el distinge recuperarea prin regimul de internare intraspitalicească şi recuperarea prin regimul ambulator.

Recuperarea bolnavilor psihic prin regimul de internare intraspitalicească priveşte următoarele aspecte: terapia administrativă, legată de organizarea vieţii bolnavului, organizarea, înzestrarea şi programul de funcţionare ale spitalului, modul de conducere a acestuia; comunitatea terapeutică, ce constituie o formă adaptată de recuperare prin antrenarea bolnavilor la viaţa de grup; terapia industrială, reprezentată prin serviciile de psihiatrie anexate unor unităţi industriale în care au acces bolnavii; serviciile lărgite, prin unificarea spitalelor de psihiatrie cu cele de medicină generală; serviciile deschise de tipul *„open door system"*, ca formă de început a recuperării psihosociale a bolnavilor; sistemul de colaborare în echipă, propunând o largă participare multispecializată a factorilor implicaţi în procesul de recuperare.

Recuperarea bolnavilor psihic prin regimul ambulator se face în următoarele instituţii specializate: spitalul de zi, instituţie deschisă, apărută ca o reacţie faţă de modelul tradiţional al spitalului, cu un regim lax, flexibil, utilizând în principal psihoterapia, ergoterapia şi socioterapia; dispensarul de psihiatrie, unitate de tratament şi recuperare ambulatorii, de supraveghere periodică a evoluţiei bolnavilor psihic; secţiile *„out-patient"*, care includ secţia de psihoterapie, individuală sau de grup, cluburile sociale ale bolnavilor etc.; serviciile de igienă mintală, ce au ca sarcină măsurile de psihoprofilaxie; îngrijirea comunitară, legată de rolul familiei, al grupului şcolar sau profesional, al reintegrării sociale a bolnavilor.

5. Programul de recuperare

Aşa cum am mai subliniat, acţiunea de recuperare a bolnavilor şi deficienţilor psihic se desfăşoară în mod planificat şi organizat, după un program riguros de recuperare. Orice program de recuperare a bolnavilor psihic are în vedere câteva obiective şi mijloace practice de realizare a acesteia. Scopul programului este recuperarea complexă a bolnavilor psihic.

În tabelul următor, prezentăm sintetic un program de recuperare.

Obiectivul principal	Recuperarea sănătăţii mintale		
Obiective generale	Recuperarea psihiatrică	Recuperarea profesională	Recuperarea socială
Obiective secundare	Reducerea deficienţei psihice	Redobândirea capacităţii de muncă	Readaptarea socială
Mijloace de realizare	Terapia psihotropă Psihoterapia Supravegherea ambulatorie Postcura sanatorială	Terapia ocupaţională Ergoterapia Reprofesionalizarea Activitatea profesională protejată	Terapia de grup Socioterapia Asistenţa socială Îngrijirea familială

Din tabelul de mai sus se poate desprinde concluzia că acţiunea de recuperare a bolnavilor psihic este un tip de activitate extrem de laborioasă. Ea cere răbdare, dăruire, competenţă, experienţă profesională bogată în domeniu şi o colaborare interdisciplinară absolut indispensabilă. Acţiunea de recuperare nu se poate desfăşura decât în conformitate cu un plan de recuperare, ce are la bază un program de activitate.

Orice program de recuperare trebuie să vizeze următoarele obiective (Ch.E. Caniff):

a) să asigure şi să menţină mijloacele de recuperare la un înalt nivel calitativ;
b) să asigure condiţiile de recuperare pentru toate tipurile de deficienţă, în toate sectoarele populaţiei şi pentru orice fel de situaţie care se poate ivi pe parcurs (fizică, psihică, de intelect etc.);
c) să ofere o informare intensivă referitoare la valoarea procesului de recuperare.

Acţiunea prevăzută a se desfăşura în cadrul programului de recuperare trebuie să înceapă cu evaluarea psihologică şi psihiatrică a deficientului psihic, în vederea acceptării acestuia pentru recuperare şi stabilirii programului de recuperare, ce are în vedere următoarele aspecte:

- motivarea sau dorinţa deficientului de a fi recuperat;
- antecedentele acestuia, de ordin fiziologic şi patologic;
- starea intelectuală, modul de a comunica-coopera, atenţia, interesele, gândirea;
- starea emoţional-afectivă, tipul de reacţie;
- personalitatea subiecţilor: sociabilitate, activitate, aspiraţii, comunicare.

Procesul de recuperare se desfăşoară în două etape principale:

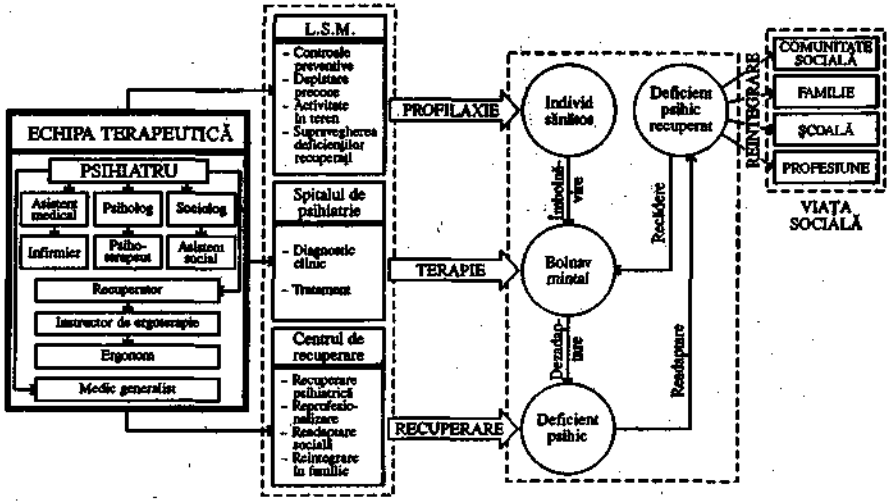
1. *etapa preliminară*, reprezentată de recuperarea medicală şi fizică a deficienţilor;
2. *etapa profesională*, reprezentată de recuperarea socială şi profesională a deficienţilor şi alcătuită din următoarele şase faze:
   a) primirea deficientului psihic la centrul de recuperare;
   b) punerea deficientului psihic în legătură cu asistentul social ce dirijează recuperarea, cu consilierul profesional şi cu psihologul; se face studiul „cazului", profilul personalităţii şi al nevoilor acestuia, după care se elaborează planul de recuperare;

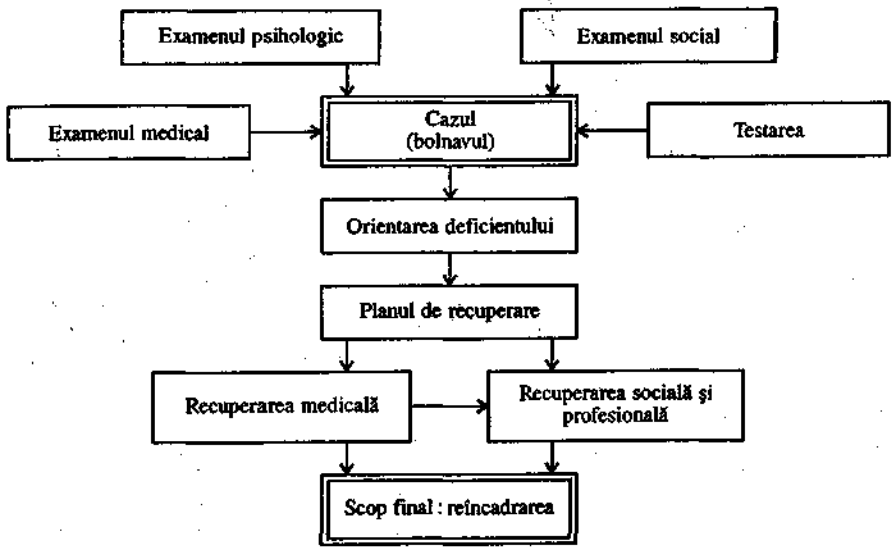
c) se face examenul medical al „cazului", stabilindu-se cauza şi gradul de invaliditate, sunt evaluate aptitudinile latente, neafectate de procesul patologic, şi posibilitatea de înlăturare/compensare a acestora, stabilindu-se necesarul acordat deficientului în cursul procesului de recuperare;
d) aplicarea unor măsuri speciale (tratament medical, psihoterapie individuală sau de grup, educaţie profesională, recuperare fizică etc.) de la „caz" la „caz";
e) asistentul social orientează şi susţine deficientul pe tot parcursul acţiunii de recuperare, urmărind împreună cu psihologul, medicul, psihopedagogul aplicarea şi efectele (rezultatele) acţiunii de recuperare;
f) se urmăreşte ca deficientul, pe tot parcursul acţiunii de recuperare, să capete încredere în sine şi siguranţă, să se dezvolte independent, să dobândească valenţe psihosocioprofesionale noi, pentru a se putea integra în familie, societate, profesiune.

Procesul de recuperare trebuie să se desfăşoare sub conducerea şi directa supraveghere ale unei *echipe terapeutice* complexe, specializată în acţiunea de recuperare (M.A. Seidenfeld). *Echipa terapeutică* este alcătuită din:

a) *echipa terapeutică generală*, formată din medici recuperatori, asistente medicale, fizioterapeuţi, ergoterapeuţi, asistenţi sociali, sociologi;
b) *echipa psihiatrică*, formată din: psiholog, psihiatru, psihoterapeut, sociolog, specialist în terapiile ocupaţionale.

Activitatea de recuperare a echipei terapeutice îşi desfăşoară activitatea în instituţii medico-sociale specializate, reprezentate prin: laboratorul de sănătate mintală, centrul de recuperare, atelierele protejate, secţiile de resocializare ale spitalelor de psihiatrie etc. Activitatea de recuperare, rolurile echipei terapeutice şi obiectivele acesteia sunt redate în schemele de mai jos.

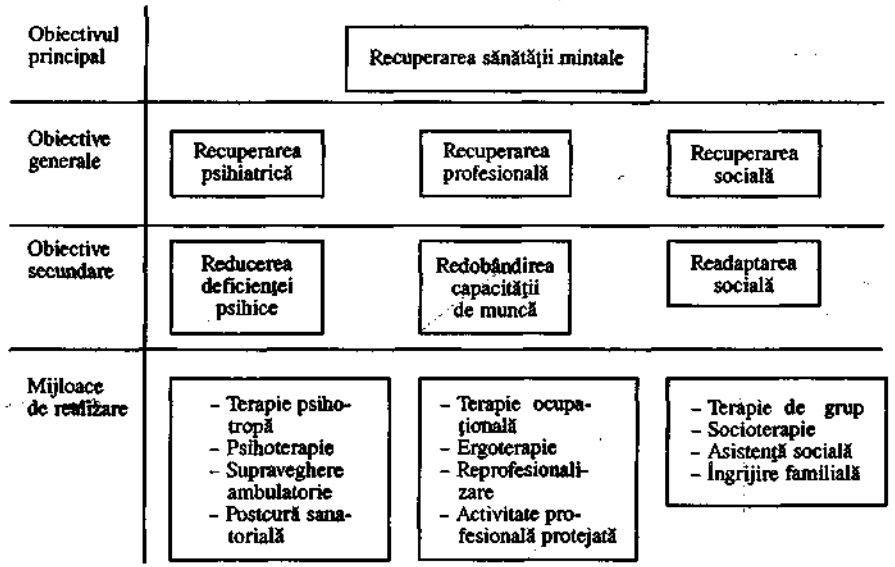




Activitatea *echipei terapeutice* are ca rol organizarea, conducerea, aplicarea şi evaluarea *programului de recuperare* a bolnavilor sau deficienţilor psihic, precum şi a altor categorii de persoane cu deficienţe, după cum se poate vedea din schema de mai jos. Un rol esenţial îl are fixarea precisă a *obiectivelor* urmărite de programul de recuperare, dar şi utilizarea *mijloacelor de realizare* a obiectivelor propuse. Este necesară o mare flexibilitate şi o mobilitate adaptativă continuă faţă de cerinţele „subiecţilor", particularităţile personalităţii acestora şi posibilităţile lor. Atitudinea echipei terapeutice trebuie să fie realistă, adaptând obiectivele la posibilităţile şi nevoile „subiecţilor". Scopul final al recuperării trebuie să fie reprezentat prin următoarele:

- restaurarea personalităţii individului;
- dobândirea încrederii în sine, a siguranţei şi a unei anumite independenţe în relaţiile cu ceilalţi, cu familia şi societatea;
- dobândirea de noi aptitudini, de interese care să-l motiveze pe bolnav şi să-i dea un sens pozitiv vieţii personale;
- refacerea vechilor relaţii şi forme de comunicare cu lumea, cu familia, cu grupul social;
- reîncadrarea individului într-o activitate practică utilă;
- oferirea unui model de viaţă independentă şi demnă.

Programul de recuperare a deficienților psihici



6. Particularitățile recuperării psihiatrice

Recuperarea bolnavilor psihic și a deficienților pune probleme de ordin teoretic, dar și practic în ceea ce privește organizarea diferențiată a metodelor și acțiunii de recuperare, în raport direct cu forma de tulburare a personalității, cu gradul de deficiență, cu posibilitățile reale, existente ale individului.

Recuperarea în oligofrenii

Deficiența mintală nu este o boală propriu-zisă, ci o infirmitate, în măsura în care ea se prezintă ca o stare definitivă și ireversibilă a personalității.

În ceea ce privește aspectul recuperator și terapeutic al deficienților mintal, G. Hauyer menționează următoarele metode: terapia medicamentoasă, biologică și chimică; procedurile fizioterapeutice; terapia neurologică și neurochirurgicală, metodele de psihochirurgie; psihoterapia; terapia de reeducare și recuperare prin readaptarea socială, reeducarea comportamentală, reeducarea psihomotorie, măsurile medico-pedagogice și profesionale.

Oligofrenii sunt capabili să desfășoare o muncă organizată, sunt foarte rezistenți la unele munci și au o mare satisfacție în a-și vedea munca îndeplinită. Din aceste motive, rezultatele muncii lor trebuie să aibă un caracter concret, vizibil imediat.

De o deosebită importanță în integrarea socială a oligofrenilor sunt următorii factori (C. Köller): existența sau absența anomaliilor morfologice; existența sau absența infirmității motorii, senzoriale etc.; valoarea vitalității generale în raport cu indivizii normali de aceeași vârstă; gradul dezvoltării verbale și a aptitudinilor verbomotorii; dezvoltarea motorie și a aptitudinilor psihomotorii; aptitudinile pentru executarea unei activități care reprezintă o mare resursă utilizabilă pentru viața practică; existența unei anumite instabilități; aspectele pozitive sau negative ale intereselor pentru lumea exterioară; existența sau absența aptitudinii de organizare emoțională și impulsională, de care depinde în mare măsură adaptabilitatea socială; gradul afectivității și al sociabilității; existența sau absența anomaliilor de caracter sau a tulburărilor de comportament (apatia, impulsivitatea, perversiunile); existența sau absența tulburărilor nevrotice sau psihotice (obsesii, folii, atitudini isteroide, cleptomanie, procese de tip schizofrenic), aspectele care compromit acțiunea de recuperare.

Recuperarea în nevroze

Frecvența crescută a nevrozelor pune cu acuitate problema recuperării bolnavilor psihic cu aceste afecțiuni, în vederea readaptării lor cât mai rapide și mai complete la condițiile naturale de mediu social, familial, profesional și școlar.

Nevroza este cauzată de factorii psihotraumatizanți, fiind facilitată de factorii somatogeni, de un anumit tip de reactivitate individuală, de structura psihică a personalității bolnavului, de modelul de comportament individual, de conflictul dintre nivelul de aspirații și posibilitățile personale de realizare, de factorii morbigenetici exogeni și de natura relațiilor interpersonale.

În cursul evoluției clinice a nevrozelor, tulburările psihopatologice pot influența negativ capacitatea de muncă a bolnavilor, mai ales în domeniile care solicită o activitate intelectuală susținută, de intensitate medie sau crescută.

Majoritatea autorilor sunt de acord în a recunoaște trei grade de deficiență psihică în cazul nevrozelor: deficiența psihică nulă sau ușoară, în cursul căreia capacitatea de muncă este păstrată sau e foarte ușor redusă; deficiența psihică medie, în care capacitatea de muncă este redusă; deficiența psihică accentuată, în cursul căreia capacitatea de muncă a bolnavilor e complet pierdută.

Recuperarea bolnavilor nevrotici necesită măsuri complexe. În acest sens, sunt menționate trei aspecte principale.

Măsurile clinico-psihiatrice constau în terapia psihotropă, asociată cu psihoterapia individuală sau de grup.

În al doilea rând, se impune instituirea unor măsuri psihoprofilactice de evitare a situațiilor de încordare, a suprasolicitării profesionale, a stărilor conflictuale, a tensiunilor emoțional-afective din familie, societate, de la locul de muncă.

Alte forme de terapie sau recuperare a bolnavilor nevrotici sunt cura sanatorială, *milieu thérapie*, ameliorarea condițiilor de muncă, ameliorarea condițiilor de viață în familie și în comunitatea umană, redarea încrederii în propriile forțe, recâștigarea sentimentului demnității umane.

Recuperarea în psihozele endogene

În cazul psihozelor, evoluţia procesuală şi gravitatea clinică ale simptomelor, precum şi potenţialul invalidant crescut ne fac să privim cu o deosebită seriozitate problema recuperării.

Evaluarea stării de deficienţă psihică va consta în următoarele: examenul clinico-psihiatric, examenul psihologic de evaluare psihodiagnostică şi ancheta medico-socială a bolnavului.

În cazul psihozelor endogene, deficienţa psihică se traduce printr-o alterare gravă a personalităţii, constând în următoarele: ruperea de realitate, cu alternarea stării de conştiinţă; apariţia unor importante modificări perceptive (iluzii, halucinaţii); tulburări de gândire (obsesii, idei delirante); tulburări de activitate şi comportament (apatie, agresivitate, suicid, homicid); modificări afective (euforie, distimie, paratimie, depresie, melancolie, anxietate).

Cele mai importante sectoare care focalizează atenţia acţiunii de recuperare sunt: afecţiunile din grupa schizofreniei, psihozele delirante cronice sistematizate (de tip paranoic, paranoid sau parafrenoid, PMD, epilepsia cu tulburări psihice).

Recuperarea bolnavilor psihic are în vedere mai multe aspecte:

a) terapia intraspitalicească (terapie psihotropă specifică, terapie de şoc, bioterapie, terapie ocupaţională, ergoterapie);
b) terapia extraspitalicească, ambulatorie, care se face în cadrul dispensarelor de psihiatrie sau la centrele de igienă mintală;
c) măsurile de psihoprofilaxie, de forme variate, constând în protejarea acestei categorii de bolnavi psihic;
d) măsurile psihosociale, vizând readaptarea deficienţilor în familie, în comunitatea social-umană, în mediul profesional;
e) măsurile medico-pedagogice şi de tip profesional, menite să acţioneze în direcţia reîncadrării acestei categorii de bolnavi într-o activitate practică utilă, care să le trezească interesul, să-i stimuleze, să le ofere satisfacţii şi posibilităţi de realizare socială, asigurându-le totodată şi un venit material corespunzător.

Recuperarea în alcoolism şi toxicomanii

Alcoolismul şi toxicomaniile sunt afecţiuni psihice cu o largă răspândire socială, care determină o stare de deficienţă psihică specifică, marcată mai ales prin dependenţa bolnavului faţă de toxic. Prin gravitatea tulburărilor de personalitate pe care le determină, aceste droguri afectează şi sensul moral al comportamentului social al individului, ducând la apariţia unor manifestări antisociale de tip aberant.

În mecanismele sociogenetice ale toxicomaniilor, un rol deosebit au carenţele educaţionale, frustrările afective, stările complexuale, mediile familiale dezorganizate, presiunile în educaţia copiilor, exemplul rău, lipsa de control psihoeducaţional în perioadele de criză psihobiologică.

Evaluarea deficienţei la această categorie de bolnavi va trebui să se bazeze pe următoarele: examenul somatic general (tulburări digestive, renale, cardiace); examenul neurologic (pareze, nevrite, tulburări de mers şi echilibru, dizartrie etc.); examenul psihiatric, ce va pune în evidenţă modificările personalităţii legate de dependenţa de toxic; ancheta medico-socială.

Măsurile de recuperare care trebuie instituite constau în:

a) măsuri medico-psihiatrice de tratament (vitaminoterapie, terapie endocrină, tonică, sedativă, dezintoxicare), fie în condiţii de spitalizare, fie în ambulatoriu;
b) măsuri psihoprofilactice, de psihoigienă individuală sau colectivă, educaţie sanitară axată pe problema respectivă, măsuri severe de farmacovigilenţă privind regimul manipulării şi al administrării medicamentelor cu efect narcotic, analgezic sau ale stupefiantelor;
c) măsuri psihosociale de eradicare a cauzelor care favorizează răspândirea alcoolismului şi toxicomaniilor;
d) măsuri sociale privind controlul riguros al producţiei şi manipulării pe piaţa comercială ale produselor alcoolice şi medicamentelor sedative şi analgezice pe bază de opiacee, ale psihotropelor.

Recuperarea în psihopatii şi sociopatii

Din punct de vedere psihosocial şi din cel al modului de comportament aberant, psihopatiile şi sociopatiile se înrudesc. Elementul principal este reprezentat de caracterul aberant al acestor conduite, de natura conflictual-tensională a relaţiilor interpersonale, de incapacitatea de adaptare pozitivă, constantă, în familie sau profesiune.

Pentru psihopaţi, fenomenul are la bază tulburarea organizării intrinseci a sistemului personalităţii, de tip caracteriologic, ceea ce conferă o instabilitate psihică având consecinţe asupra comportamentului şi a capacităţii de adaptare ale individului. Sociopatul este un individ care prezintă aberaţii primare comportamentale de tip antisocial, neînsoţite obligatoriu de o alterare a personalităţii. Supravegherea şi recuperarea acestor categorii de indivizi sunt tot de competenţa psihiatrului şi a echipei terapeutice de igienă mintală.

Societatea, prin instituţiile sale, va sancţiona moral şi juridic consecinţele actelor de comportament ale psihopaţilor şi sociopaţilor, atunci când ele au un caracter antisocial. Comportamentul acestora însă, ca fenomen psihologic, este de competenţa medicului psihiatru, ajutat de psiholog şi de asistentul social.

Măsurile profilactice vizează educaţia, supravegherea şi adaptarea corespunzătoare a acestor indivizi în grupul social, în familie sau în sfera profesională. Acestea sunt măsuri de ordin psihosocial, care urmăresc canalizarea pozitivă a manifestărilor comportamentului. Recuperarea se face prin utilizarea măsurilor psihosociale, pedagogice şi profesionale.

O importanţă deosebită pentru succesul recuperării are şi atitudinea societăţii faţă de această categorie de indivizi. Prezintă valoare pozitivă atitudinea deschisă, bazată pe fermitate şi supraveghere atentă, încurajatoare şi pe recompense. Sunt indicate activităţile ferite de stres emoţional, precum şi un regim de muncă regulat şi antrenant.

Recuperarea în gerontopsihiatrie

Problemele psihologice, psihiatrice şi sociale ale bătrâneţii devin tot mai actuale şi intră din ce în ce mai mult în atenţia specialiştilor (R.H. Moos şi P.M. Insel, J.E. Birren,

Cl. Veil, E.W. Busse şi E. Pfeiffer, Ch. Müller), aceştia subliniind faptul că se impune instituirea unor măsuri de prevedere de tip psihoprofilactic şi terapeutic. Bătrânul nu poate şi nu trebuie să fie abandonat; el nu poate fi lăsat doar în grija cercului restrâns al familiei sale. Autorităţile sociale trebuie să intervină, prin intermediul organelor şi al instituţiilor specializate, pentru rezolvarea situaţiei acestei categorii de populaţie.

Problema recuperării deficienţilor psihic în vârstă are mai mult caracterul unei protejări psihosociale complexe, în sensul ameliorării psihoprofilactice (Ch. Müller, A.J. Abrahams, I.N. Allen, J.L. Blanton, J.C. Blocklehurs, L.Z. Cosin, D. McMillan, McComb şi H. Powell, J.L. Villa).

Problema deficienţei psihice la bătrâni prezintă aspecte particulare, fiind vorba despre tulburări psihice care se desfăşoară adesea pe fondul unei uzuri fiziologice generale, legată de vârsta înaintată.

Ch. Müller clasifică bătrânii, după gradul deficienţei psihice, în trei categorii:

a) prima categorie cuprinde persoanele cele mai valide, care sunt în măsură să-şi ducă viaţa în mod independent şi să desfăşoare o activitate uşoară;
b) a doua categorie o constituie acei bătrâni a căror deficienţă este destul de importantă, menţinerea lor într-o locuinţă individuală, chiar cu ajutorul serviciilor la domiciliu, fiind dificilă sau chiar imposibilă;
c) a treia categorie priveşte bătrânii bolnavi mintal, cu deficienţă psihică gravă, care reclamă măsuri speciale de ordin medical şi psihiatric, aplicate – de regulă – în instituţii spitaliceşti de profil.

Recuperarea acestei categorii de deficienţi se bazează pe o serie de măsuri de protecţie socială, de ordin psihoprofilactic, medico-psihiatric şi psihosocial. Se urmăreşte plasarea şi protejarea bătrânilor în mediul familial sau instituţii special organizate, ateliere protejate dacă este posibil, crearea unor condiţii speciale de recreere etc.

După Ch. Müller, măsurile de protecţie socială care se impun sunt următoarele: măsuri de securitate socială; măsuri de ajutor social; acţiunea socială implicând o colaborare cu serviciile publice şi antrenarea globală a societăţii.

Recuperarea în pedopsihiatrie

Deficienţele psihice ale copiilor sau adolescenţilor ocupă atenţia a numeroşi specialişti (T.C.N. Gibbens, G. Mendel, P. Brânzei, R.A. May, J.M. Kahn şi B. Cronholm, D. Szabo, D. Gagne şi A. Parizeau, G. Caplan, M. Ferrandi, Cl. Koehler).

Polimorfismul acestor tulburări, instalarea lor în plină dezvoltare psihobiologică a personalităţii umane, existenţa unor etape de criză ne pun în faţa unor probleme deosebite.

Un aspect extrem de important este legat de problemele sociofamiliale şi şcolare ale tineretului, integrarea în familie, mediul şcolar, educaţia morală şi sexuală, dezvoltarea culturală, formarea comportamentului, a deprinderilor etc.

Deficienţa psihică apărută la vârsta copilăriei poate avea un caracter ireversibil, transformând copilul într-un deficient permanent. Din aceste considerente, trebuie acordată o atenţie deosebită dezvoltării ortopsihice a personalităţii copilului şi adolescentului.

Evaluarea deficienţei psihice la tineri constă în: examinarea clinico-psihiatrică; examenul psihodiagnostic; ancheta medico-socială în familie, la şcoală sau în societate.

Procesul de recuperare trebuie să aibă în vedere orientarea către readaptarea şi reinserţia copilului sau adolescentului în familie, în grupul şcolar sau profesional, prin măsuri de ordin medico-psihiatric, psihoprofilactice, psihosociale şi psihopedagogice adecvate situaţiei.

Capitolul 44

Modelul social şi igiena mintală

1. Modelul social şi concepţia despre lume

Orice societate este organizată şi se conduce după un sistem de valori proprii, care normează în stil unic aspectul personalităţii umane, actele şi conduitele indivizilor, modul acestora de a gândi şi interpreta lumea. Acest sistem de normare şi reglare este *modelul sociocultural*. Deşi e un concept pur antropologic, el constituie un factor esenţial în orice domeniu de studiu al ştiinţelor umane (A. Kardiner, M. Mead, R. Benedict, B. Malinowski, R. Linton, Cl. Levi-Strauss, M. Herskowits).

Modelul sociocultural, prin valorile sale, acţionează represiv-formator asupra comunităţii social-umane, imprimând un anumit *fel de a fi*, un anumit *stil de viaţă şi de gândire* comun tuturor membrilor societăţii respective. Tot el este cel care contribuie în mod esenţial la formarea personalităţii indivizilor aparţinând aceluiaşi grup etnocultural, conferindu-i un profil specific. Aceasta este *personalitatea de bază* (A. Kardiner). Ea este specifică fiecărei comunităţi social-umane, variaţiile sale depinzând de modelul sociocultural.

Din personalitatea de bază derivă modelele de educaţie, de gândire şi de comportament specifice grupului etnocultural. În al doilea rând, se discută modul de gândire sau mentalitatea, concepţia despre lume specifică unei societăţi umane (*Weltanschauung*).

Un aspect direct dependent de influenţa formativ-modelatorare a modelului sociocultural îl reprezintă starea de sănătate mintală. Ea diferă, ca, de altfel, toate manifestările personalităţii, în raport cu valorile modelului sociocultural, de la o societate umană la alta. Din acest motiv, se poate spune că fiecare societate are *modelul ei de sănătate mintală şi de boală psihică*, atitudinile ei specifice faţă de boala mintală şi bolnavul psihic, formele ei de tratament, profilaxie şi recuperare ale bolnavilor psihic.

2. Normarea sănătăţii mintale şi modelul cultural

Sănătatea mintală este în mare măsură rezultatul valorilor modelului sociocultural. Acesta exercită o acţiune represivă de tip formativ-modelator asupra personalităţii, determinând formele de gândire şi de comportament umane specifice grupului social, etnocultural considerat.

Sănătatea mintală este parte integrantă a personalităţii de bază şi defineşte conceptul de *normalitate psihică* în societatea respectivă. În sensul acesta, există mai multe tipuri de societăţi:

a) *societăţi închise*, represive, în interiorul cărora – printr-un exces de reglementare – modelul sociocultural exercită o influenţă represivă maximă asupra personalităţii membrilor grupului respectiv; asistăm la o diferenţiere netă între starea de sănătate mintală şi boala psihică; în acest gen de societăţi, boala psihică este reprimată, iar sistemul de tratament e predominant spitalicesc, măsurile de psihoprofilaxie fiind mult mai reduse;
b) *societăţi deschise*, permisive, în sfera cărora modelul sociocultural nu mai exercită o acţiune represivă asupra personalităţii membrilor societăţii; din acest motiv, dezvoltarea individului este mult mai liberă, dar şi mai puţin controlată; în acest caz, interesul pentru sănătatea mintală sau boala psihică e mult mai diminuat, ele dezvoltându-se ca dimensiuni ale personalităţii relativ liber, independent; separaţia dintre normal şi patologic este mult mai estompată, dându-se o sferă mult mai largă normalităţii psihice, ceea ce face ca în cadrul acesteia să fie incluse „cazuri-limită" sau „variaţii patologice ale normalului" ca forme admise de societate, prin îngustarea cadrelor bolii psihice;
c) *societăţi anomice*, aflate într-o stare de criză profundă a modelului sociocultural, care şi-a pierdut capacitatea de a mai controla personalitatea şi conduitele umane; în acest caz, lipsit de un reper moral şi sociocultural, individul suferă un proces de dezechilibru valoric interior, corespunzător celui exterior, social; sănătatea mintală suferă profunde modificări ca urmare a proliferării conduitelor deviante de tip sociopatic şi a creşterii marcate a bolilor psihice, în special de ordin reactiv-nevrotic, de inadaptare şi stres; se observă o mare frecvenţă a violenţei şi a suicidului;
d) *societăţile* care promovează *reforme* ale modelului sociocultural şi ale mentalităţii, având, la rândul lor, un important impact asupra naturii personalităţii şi formelor de comportament; caracteristică e tendinţa permisivă spre lărgirea considerabilă a sferei sănătăţii mintale, mergându-se până la negarea aproape completă a realităţii bolii psihice, considerată pură creaţie a psihiatrilor şi psihiatriei; este cazul antipsihiatriei.

Toate cele mai sus menţionate reprezintă situaţii reale şi posibile în evoluţia unei societăţi. Rezultă de aici că sănătatea mintală este într-o foarte mare măsură generată de societate, de atitudinea societăţii şi de modul de interpretare a acestui concept de către modelul sociocultural.

Sănătatea mintală este, în egală măsură, rezultatul *imaginii* şi *opiniei* pe care o societate le produce. În acelaşi timp, se poate afirma că dinamica psihosocială a bolii psihice sau a stării de sănătate mintală este, la rândul său, indicele dinamicii sociale, al stărilor de echilibru social în comunităţile umane la care ne referim. Factorii mediului social influenţează în mod direct dinamica şi ponderea bolilor psihice într-o societate dată, existând o relaţie de directă condiţionare între dinamica bolilor psihice şi evenimentele sociale.

În sensul acesta, am urmărit dinamica suicidului în Bucureşti pe o perioadă de 100 de ani, cercetarea punând în evidenţă existenţa unei relaţii directe între dinamica psihosocială a suicidului şi dinamica fenomenelor sociale. Aceasta are aspectul unei curbe oscilatorii, care înregistrează un ciclu complet de evoluţie, de la o rată medie minimă la o rată medie maximă – şi apoi revenirea la rata medie minimă anterioară, într-un interval de aproximativ 35 de ani. În acest interval se înscrie în istoria societăţii respective o alternanţă de evenimente ce contribuie la configuraţia acestui tip de dinamică psihosocială a fenomenului morbid la care ne referim.

Dinamica stării de sănătate şi a bolii psihice în cadrul unei societăţi umane este, în egală măsură, un *indicator* al dinamicii fenomenelor sociale. Acest fapt explică influenţa modelului sociocultural asupra stării de sănătate mintală şi boală psihică într-o societate. Creşterea nivelului de morbiditate psihică, cu scăderea stării de sănătate mintală într-un grup social-uman, este urmarea creşterii forţelor de presiune ale modelului sociocultural asupra comunităţii de indivizi. Scăderea forţelor de presiune ale modelului sociocultural duce la o scădere a morbidităţii psihice, cu creşterea nivelului de sănătate mintală al populaţiei.

Avem de-a face cu două *momente* importante ale dinamicii stării de sănătate mintală. În faza de creştere a presiunilor sociale se produce o acumulare a stării de tensiune psihică, tensiune care nu se poate descărca, ducând la creşterea ratei suicidului şi deteriorarea stării de sănătate mintală. În faza de scădere a presiunilor sociale se produce o descărcare a stării de tensiune psihică acumulată o dată cu creşterea agresivităţii, violenţei, criminalităţii, până la completa descărcare pulsională. În acel moment, starea de sănătate mintală revine la normal şi echilibrul psihosocial se restabileşte. Apoi ciclul se reia.

3. Aspectele etnoculturale şi transculturale ale stării de sănătate mintală

Aşa cum arătam, starea de sănătate mintală prezintă aspecte caracteristice în funcţie de particularităţile modelului sociocultural.

Starea de sănătate mintală, în sensul de echilibru psihic, are un caracter general, fiind identică în toate societăţile. Ceea ce diferă însă de la o societate la alta este modul de a se prezenta, felul de a fi al personalităţii şi formele pe care le adoptă conduitele individuale.

Forma comportamentului şi modelul de gândire sunt condiţionate de valorile modelului sociocultural, precum şi de gradul de permisivitate a conduitelor în cadrul unei societăţi date (H. Ellenberger, Y. Pelicier).

Este cunoscut, de asemenea, faptul că forma bolilor psihice, natura simptomatologiei acestora şi evoluţia lor clinică sunt legate de influenţa modelului sociocultural.

În plus, este cunoscut faptul că bolile psihice îmbracă aspecte clinice diferite în cazul diferitelor culturi, în direct raport cu starea de sănătate mintală; cu influenţa modelului sociocultural, dar şi cu atitudinea societăţilor respective faţă de sănătatea mintală şi boala psihică (T.K. Osterreich, H. Ellenberger). Se poate vorbi aşadar de o specificitate etnoculturală a bolii psihice, aşa cum se vorbeşte de o specificitate etnoculturală a sănătăţii mintale. Toate aceste aspecte sunt cuprinse în sfera *psihiatriei transculturale* (E. Kraepelin, H. Ellenberger, Y. Pelicier).

Sunt cunoscute şi descrise afecţiuni psihice specifice anumitor arii culturale, anumitor societăţi umane. În sensul acesta, menţionăm următoarele: *febra de kaiak* sau isteria arctică, *amokul*, *moartea psihogenă lentă*, *nostalgia* etc.

4. Statul şi boala mintală

Raporturile dintre *stat* şi *boala mintală* se referă, în primul rând, la relaţiile dintre instituţiile statului, boala mintală şi regimul social al bolnavilor psihic. Problema a preocupat o serie de specialişti şi a dat naştere la numeroase discuţii (J. Lemoine, Ph. Rappard etc.).

Chestiunea este deosebit de importantă şi aduce în discuţie aspecte controversate şi aparent insolvabile. Ph. Rappard afirmă că „psihiatria trimite la politică şi politica trimite la psihiatrie". El consideră că structurile social-politice şi cele de natură economică exercită o puternică influenţă asupra personalităţii şi conduitelor umane, în sens patoplastic, imprimând o anumită configuraţie globală societăţii respective. În acest sens, el susţine că societatea capitalistă e descrisă prin paranoia, pe când revoluţia este expresia schizofreniei. După părerea lui, „lumea sau individul oscilează între unul sau altul din aceste două procese, între totalizare şi dislocare". Acesta este punctul de vedere al curentului antipsihiatrist.

Problema principală constă în:

a) modul în care este percepută de către societate boala psihică;
b) atitudinea societăţii faţă de boala psihică şi bolnavul mintal;
c) gradul de toleranţă socială faţă de boala psihică şi bolnavul mintal.

În nici o altă parte a patologiei medicale nu se pun aceste probleme ca în psihiatrie. Poate că, în anumite privinţe, aceste aspecte se discută în legătură cu bolile infecto-contagioase, în cazul marilor epidemii care afectează grav societatea (holera, ciuma, grupa etc.). Ceea ce contează este starea de panică pe care o declanşează aceste epidemii, anxietatea legată de pericolul aparent inevitabil, de ameninţarea vieţii de către astfel de flageluri.

O a doua categorie o reprezintă bolile cronice, incurabile, a căror cauză încă nu a fost descoperită şi cărora nu li cunoaşte nici tratamentul (cancerul, afecţiunile cardiovasculare, SIDA, afecţiunile neurologice, în special accidentele vasculare cerebrale, bolile metabolice, afecţiunile genetice). Societatea adoptă atitudini diferenţiate în raport cu aceste situaţii speciale. În cazul bolilor cronice incurabile, cu evoluţie fatală, se adoptă, pe fondul unei nelinişti generale, o atitudine preventivă. În cazul bolilor contagioase, o serie de măsuri de ordin profilactic şi de igienă generală (vaccinări etc.). În cazul bolilor psihice însă, atitudinea socială este (declarat sau nu) de ordin represiv.

Ph. Rappard consideră că „bolnavul mintal este purtătorul răului social" şi, din acest motiv, acţiunea socială de reprimare şi izolare socială ale bolnavilor psihic e un act care, din punct de vedere simbolic, subsumează fie refuzului bolii psihice, fie temerile societăţii faţă de boala psihică. Dar, în egală măsură, acest gen simbolic de reprimare socială a bolnavului psihic coincide cu tendinţa de a transfera proiectiv răul social asupra bolnavului.

Atitudinea inversă este a considera că societatea nu are nici un rol în geneza bolii psihice, aceasta fiind o invenţie exclusivă a psihiatriei şi a psihiatrilor, care „confecţionează cadre clinico-medicale psihiatrice". Negarea bolii psihice de către antipsihiatrie este o reacţie simbolică similară celei de reprimare a bolii psihice şi a bolnavilor mintal.

A nega existența bolii psihice sau a-i reprima pe bolnavii mintal exprimă aceeași atitudine socială de *refuz* al insanității mintale. Este o atitudine, pe de o parte, nemedicală și antiumanistă, iar pe de altă parte, o formă utopică de a gândi boala psihică, precum și starea de sănătate mintală.

Nu pot exista *societăți absolut normale*, absolut sănătoase, după cum, în egală măsură, nu pot exista *societăți absolut bolnave* sau bolnave în totalitate. Este o aberație. În această privință, majoritatea specialiștilor sunt de acord (E. Fromm, Ph. Rappard).

Sănătatea mintală și boala psihică sunt disponibilități ale persoanei umane, fie de ordin constituțional și ereditar, fie de ordin biopsihosocial dobândit. Sănătatea și boala psihice coexistă, în proporții diferite, în cadrul aceleiași comunități social-umane. În ce direcție atârnă balanța vitală, aceasta depinde de factorii de sanogeneză sau de cei de morbigeneză (K.A. Menninger).

Prin urmare, igiena mintală se înfățișează nu numai ca o metodă de psihoprofilaxie a bolilor psihice în cadrul unei comunități social-umane, ci este, în egală măsură, și o modalitate de a gândi și planifica societatea.

Ca să poată acționa în sens psihoprofilactic, acțiunea de igienă mintală trebuie orientată către factorii de sanogeneză, pe care trebuie să-i promoveze, și către factorii de morbigeneză, pe care trebuie să-i combată. Or, această intervenție presupune o acțiune socială de tip instituționalizat a igienei mintale.

În sensul acesta, igiena mintală funcționează ca o mentalitate care conduce la o strategie socială de acțiune practică, având valoare sanogenetică.

Se poate însă ca și în acest caz să se cadă în cealaltă extremă, și anume, să se dorească a se realiza un tip ideal de societate sănătoasă psihic, fără bolnavi mintal. Or, așa ceva este imposibil.

Din acest motiv, *acțiunea de igienă mintală* trebuie concepută ca un mod de *planificare socială a sănătății mintale*, printr-o triplă profilaxie: *profilaxia primară*, constând în psihoprofilaxia bolilor psihice; *profilaxia secundară*, constând în intervenția în criză, terapeutica bolilor psihice existente; *profilaxia terțiară*, reprezentând măsurile de recuperare postcritică, de după retragerea evoluției clinice a bolii.

Numai așa acțiunea de igienă mintală se poate înfățișa ca un program coerent și logic, cu valoare socială și medico-psihologică.

5. Medicalizarea societății

În condițiile dezvoltării și complicării lumii de astăzi, medicina nu mai poate rămâne izolată de restul societății și de dinamica socială generală. Ea capătă dimensiuni noi și funcții cu caracter interdisciplinar, una dintre cele mai importante fiind legată de intrarea medicinei în planul social, în sfera instituțiilor sociale, a organelor de planificare și decizie socială. Sănătatea devenind o valoare socială fundamentală, expresie a suportului vieții, dar și garanția unei bune funcționări sociale, a progresului social și a civilizației, medicina este chemată să-și aducă contribuția la promovarea unei stări de sănătate comunitară optimă, în scopul realizării deziderateloc societății.

Una dintre ramurile importante ale medicinei, cu influență socială directă și imediată, este și acțiunea de igienă mintală.

În ceea ce privește analiza valorii sociale a medicinei, precum și a rolului său ca instituție de control social, există o literatură de specialitate bogată (E. Freidson, I.K. Zola, T.J. Scheff).

După I.K. Zola, de pildă, medicina a devenit astăzi o instituție majoră de control social, cu importante responsabilități în sfera sănătății. Se poate spune chiar că se resimte o anumită „putere" pe care o exercită medicina asupra societății. Acest fenomen se realizează prin procesul de „medicalizare" a vieții cotidiene, dimensiunea de *sănătate* sau *boală* devenind un indicator important al existenței umane.

În sensul acesta, E. Freidson distinge câteva aspecte principale, după cum urmează:

a) direcția de expansiune sau dezvoltare a ceea ce este considerat util pentru practica medicinei;
b) tendința unor procedee tehnice medicale de a deține un control absolut;
c) tendința de a avea acces absolut în unele domenii considerate interzise, tabu;
d) direcția de dezvoltare în care medicina este considerată o practică a vieții.

Rezultă din cele de mai sus, în mod incontestabil, că medicina exercită astăzi o enormă influență asupra societății (I.K. Zola), putând fi considerată o adevărată *putere în stat*. Acest fapt vine din direcția statului care acordă o valoare esențială stării de sănătate generală a populației. Trebuie să vedem în această tendință o extindere a puterii omului asupra sănătății și a bolii, așa cum s-a întâmplat în cazul mediului și al naturii (C.S. Lewis)?

Ceea ce se pune în discuție prin medicalizarea societății este nu atât conceptul de sănătate, cât cel de boală. Asistăm la o permisivitate a spațiului sănătății, în care sunt incluse homosexualitatea, anumite devianțe, toxicomaniile, avortul. Este, incontestabil, expresia unei *crize de identitate*, care anunță o stare de anomie socială. În mod simbolic, se procedează la o „ștergere" a limitelor dintre sănătate și boală, permițând anormalului să „intre" în sfera normalului, prin acceptarea sa socială. Acesta este tot un defect de valoare și de funcțiune ale modelului sociocultural.

Rolul important pe care medicina îl are astăzi în societate face să se impună un mod de gândire medicală al comunităților umane, o anumită mentalitate, dar și o anumită *practică medicală*, în sensul de influență exercitată asupra comunității social-umane. Aceasta a fost observată de numeroși specialiști, care vorbesc chiar de un „model medical" al societății (E. Sagarin, K. Menninger, T.S. Szasz). Modelul medical constă în totalitatea normelor pe care medicina le impune într-o societate, atât pentru membrii grupului uman, cât și pentru instituțiile sociale. Aceste *norme* își au originea în conceptul pe care medicina îl stabilește ca valabil pentru starea de sănătate mintală, precum și în cadrele bolii psihice.

Medicina va fi aceea care, dincolo de capacitatea legală a instituțiilor sociale, hotărăște atât criteriile de normalitate mintală, cât și criteriile de boală psihică. Acestea devin repere obligatorii, de care societatea trebuie să țină seama. Un asemenea exemplu este reprezentat de concluziile expertizelor medicale în diferite materii: *juridică* (referitoare la starea de discernământ și răspundere juridică), *profesional-școlară* (referitoare la capacitățile intelectuale și aptitudinile individului, la posibilitatea acestuia de a presta sau nu o activitate, legată de incapacitatea temporară sau definitivă a activității profesionale, în cazurile de acordare a asistenței sociale etc.).

Unii autori au susținut că acest aspect reprezintă un *abuz medical*, o „medicalizare" a societății, care schimbă imaginea psihosocială a individului (T.S. Szasz, A. Cooper).

Se consideră că, în acest caz, contrar naturii, medicina este cea care „inventează" bolile şi bolnavii. Acesta este un punct de vedere neştiinţific, antimedical. Medicina nu inventează; ea constantă, observă, inventariază şi descrie stările morbide, atât pe cele ale individului, cât şi pe cele ale comunităţii social-umane. Concluziile medicinei sunt reprezentate de totalitatea principiilor de profilaxie a bolilor, combinate cu efortul de promovare a stării de sănătate. De aceea, *modelul medical* al unei societăţi înseamnă concepţia şi, totodată, acţiunea de *igienă mintală*. Prin urmare, el se înfăţişează ca fiind la fel de important ca modelul sociocultural, care este fundamentul oricărei societăţi.

Negarea rolului social al medicinei şi al realităţii bolilor psihice de către unii autori determină ştergerea limitelor dintre sănătatea mintală şi boala psihică, dintre normal şi patologic. Această atitudine „antipsihiatrică" antrenează o atitudine de opoziţie, de negare a conceptului şi acţiunii de *igienă mintală*.

O societate lipsită de un model medical care, prin măsurile de igienă instituite, ar trebui să protejeze societatea şi sănătatea acesteia de flagelul bolilor este o societate expusă la absolut toate riscurile. Asigurarea medicală e condiţia esenţială a păstrării stării de sănătate a populaţiei. Aceasta este raţiunea suficientă a tezei că modelul medical, la fel de important ca modelul valorilor socioculturale şi morale, e indispensabil oricărei societăţi, el asigurând funcţionarea normală a conduitelor, acţiunilor şi relaţiilor interumane în comunitatea social-umană respectivă.

Ca şi modelul sociocultural, şi modelul sociomedical diferă în funcţie de grupurile etnoculturale. Aşa cum există modele diferite de personalităţi de bază (A. Kardiner, R. Benedict, R. Linton), există şi modele etnomedicale de sănătate mintală. Acest fapt este probat de studiile de psihiatrie transculturală, care demonstrează variaţia formelor de manifestare a bolilor psihice în diferitele arii socioculturale (H. Ellenberger, Y. Pelicier, F. Laplantine, H.B. Murphy).

Majoritatea specialiştilor sunt astăzi de acord că *personalitatea de bază* reprezintă cadrul explicativ atât al sănătăţii mintale, cât şi al bolii psihice (A. Kardiner, R. Linton, Y. Pelicier, R. Bastide, D. Wittkover, H.B.M. Murphy). De pildă, F. Laplantine, pornind de la o interesantă analiză a raporturilor dintre modelul sociocultural şi geneza conceptelor şi a imaginilor de *sănătate mintală* şi *boală psihică* într-o societate dată, distinge următoarele aspecte: opinia socială despre sănătatea mintală şi boala psihică; opinia bolnavului despre sănătatea mintală şi boala psihică, opinie care, de regulă, nu coincide cu cea anterioară; opinia etnologică asupra societăţii în discuţie, referitoare la sănătatea mintală şi boala psihică, ce, de multe ori, nu corespunde cu accepţiunea pe care le-o dă societatea respectivă; opinia psihiatrică, ce e complementară precedentei şi pune în evidenţă neconcordanţe între aceste concepte, precum şi în ceea ce priveşte practicile terapeutice; diferenţele dintre modelul sociocultural şi ecuaţia personală a specialistului, care trebuie să emită un răspuns sau să formuleze o concluzie despre o societate sau o cultură diferită de a sa.

F. Laplantine recunoaşte existenţa modelului sociomedical sau medico-cultural, ce guvernează sau statuează calitatea de sănătos sau patologic într-un grup etnocultural, dar remarcă existenţa a trei grupe de submodele, reprezentate de: un model de anexiune; un model de conversiune; un model medico-cultural, la care remarcă două dimensiuni (raportul dintre sistemul de reprezentare a bolii şi mijloacele de vindecare a acesteia); modul cum este considerată dimensiunea etiologico-terapeutică în societatea la care se face referinţă.

H.B.M. Murphy, V. Kovess şi J.P. Valla dezvoltă aceste aspecte, vorbind chiar de un model terapeutic legat de specificul etnosociocultural. Acesta se dovedeşte a fi de o importanţă majoră în ceea ce priveşte concepţia şi acţiunea de igienă mintală. Pentru autorii menţionaţi, e destul de greu să vorbească de un model unic şi unitar în psihiatrie, întrucât aceasta este solicitată de forţe opuse. Un model sociocultural în psihiatrie trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte: să fie conform cu psihologia; să aibă atât o responsabilitate faţă de individ, cât şi faţă de comunitate, ţinând cont de faptul că nu trebuie să o avantajeze pe una şi să o dezavantajeze pe cealaltă; tipul de asistenţă pe care o societate îl alege pentru un bolnav mintal este determinat, în primul rând, de modul public în care societatea percepe şi tratează boala mintală, acesta reflectându-se în actul medical.

Din cele menţionate, este evident că un *model medical* există în absolut orice societate şi că, de fapt, teoria conform căreia societatea actuală suferă un act de *medicalizare* nu e conformă celor de mai sus. Necesitatea unui *model sociomedical* se impune în orice situaţie, iar în cazul sănătăţii mintale şi al bolii psihice, modelul medical se bazează pe principiile de *igienă mintală* şi pe acţiunea de psihoprofilaxie.

Ceea ce se înţelege astăzi prin „medicalizarea societăţii" este expresia exagerărilor şi a abuzurilor medicale sau psihiatrice, în cadrul unei societăţi. Problema „abuzului psihiatric" se corelează cu atitudinea societăţii faţă de bolnavii mintal şi cu „imaginea socială" a bolii psihice. Abuzul reprezintă un conflict între *psihiatrie* şi *societate*. În privinţa sănătăţii mintale şi a bolii psihice, societatea se dovedeşte a fi extrem de restrictivă şi conservatoare. Psihiatria, ca specialitate medicală, a înregistrat importante, chiar revoluţionare progrese în ultimele decenii. Acestea au dus la o schimbare radicală în plan medical a imaginii sănătăţii mintale şi a bolii psihice. Pe aceste considerente, s-a produs un decalaj între „imaginea socială" şi „imaginea medicală" ale *bolii psihice*.

Societatea refuză sau acceptă cu mai multă greutate progresul în sfera revizuirii conceptelor de *sănătate mintală* şi *boală psihică*. Ea este conservatoare. Dar mai apare încă un aspect, care nu poate fi rezolvat decât de igiena mintală. Societatea pune, de regulă, la un loc boala psihică şi devianţa. De aceea, ea acţionează represiv deopotrivă asupra bolnavilor psihic şi asupra sociopaţilor, atribuindu-le eticheta comună de „periculozitate socială". De aici decurge statutul psihosocial specific al acestora, cu toate consecinţele lui.

Cea care poate şi trebuie să rezolve situaţia este igiena mintală şi o poate face numai acţionând prin intermediul unui model medico-social adecvat, care să-şi impună în cadrul societăţii normele de recunoaştere şi respectare ale criteriilor obiective de sănătate mintală şi de boală psihică.

Capitolul 45

Utopii în domeniul igienei mintale

1. Semnificaţia utopiilor în medicină

Poate că în nici o altă ramură a medicinei nu proliferează „ideile" şi „acţiunile" utopice ca în domeniul igienei mintale. Medicina îşi fixează atenţia, ca *obiectiv*, asupra *omului bolnav* şi a *bolii* acestuia, căutând să combată „cauzele patogenetice" pentru a-i reda starea de *sănătate*. Aceasta a dat naştere *clinicii medicale* ca domeniu de „gândire" şi „acţiune" medicale. A rămâne în limitele spaţiului clinicii ţine de domeniul „bunului-simţ", în sensul de măsură şi înţelepciune. Posibilităţile medicinei sunt însă limitate la capacităţile umanului, peste care nu se poate trece.

Medicina luptă cu „suferinţa". Boala e un accident ontologic ce afectează desfăşurarea vieţii şi care, prin gravitatea sa, o poate suprima. Din acest motiv, care este, de altfel, un fapt biologic, natural, medicina şi medicul sunt permanent confruntaţi cu spectrul morţii.

Moartea, considerată „ultimul termen al vieţii" (K. Jaspers), nu poate fi acceptată. Ea este refuzată din mai multe considerente. În primul rând, din instinctul de conservare al fiecărui individ; în al doilea rând, la gândul ireversibilităţii acesteia. Din punctul de vedere al medicinei, moartea reprezintă o situaţie căreia nimic nu i se poate opune. Această „bătălie pierdută" pentru medici le va crea un complex de inferioritate faţă de moarte, motiv pentru care acest fenomen biologic, cu „caracter jenant", este pe cât se poate de evitat ca „problemă" de studiu.

Surprinzător este însă faptul că, în mod egal, nici sănătatea nu reprezintă o temă care să intereseze în mod special, sub toate aspectele ei, medicina, ce o tratează destul de formal. Sănătatea va rămâne un domeniu rezervat igienei generale şi ramurilor acesteia, iar moartea va reveni ca obiect de studiu anatomiei patologice şi medicinei legale. În ceea ce priveşte însă natura, esenţa şi semnificaţia atât ale sănătăţii, cât şi ale morţii, medicina evită să vorbească direct.

Aceste „limite ale medicinei", care, cum spuneam, creează *complexul de inferioritate profesională* al medicului, sunt compensate prin atitudini, idei şi acţiuni utopice. Ideea „sănătăţii perfecte" este asociată cu ideea „longetivităţii", care e primul pas în îndepărtarea perspectivei morţii şi poate chiar al suprimării ei. Între *sănătate* şi *moarte* există o relaţie secretă. Sănătatea este garanţia vieţii şi, astfel, ea protejează şi menţine individul, îndepărtându-l de moarte sau chiar anulând perspectiva acesteia. Boala, dimpotrivă, fiind o stare anormală care ameninţă viaţa, pune în pericol existenţa individului, anticipând şi, de cele mai multe ori, provocând moartea acestuia.

În cazul fiecărui bolnav, medicul dă o luptă cu moartea. Uneori învinge, dar de cele mai multe ori este învins. O analiză atentă a „actului medical" văzut şi mai ales înţeles din perspectiva gândirii psihanalitice ne dezvăluie două tipuri de „acte medicale": *acte medicale posibile raţional*, ce se desfăşoară „gândite clinic" în concordanţă cu realitatea situaţiei medicale a bolnavului; *acte de încercare empirice*, diferite de modelul „gândirii clinice", cu un caracter utopic-sublimat, care, deşi constituie aparent o „situaţie medicală" ce se opune bolii şi pericolului morţii bolnavului, nu sunt decât nişte „încercări/experimente" de a salva o viaţă ameninţată; ele îşi au originea în gândirea şi acţiunile unor „utopii medicale".

Utopiile medicale reprezintă, din punct de vedere psihanalitic, forme de compensare/lichidare a complexului de inferioritate al medicului şi al medicinei în faţa morţii. Actele de terapeutică medicală au adesea în centrul lor şi *fantasma salvării* prin „depăşirea miraculoasă" a bolii şi a morţii. Ele sunt acte prin care este convertită *acţiunea medicală* în *miracolul salvării*, fiind, din acest motiv, forme sublimate ale terapeuticii.

Aceste „acte terapeutice salutare" au fost posibile o dată cu evoluţia „tehnologiilor medicale", care s-au impus rapid în medicină, înlocuind treptat clinica: investigaţii diagnostice complexe, produse terapeutice moderne, metode de terapie intensivă/reanimare, transplantul de organe etc.

Dar, separat de actele terapeutice, care sunt centrate pe boală, au apărut şi s-au dezvoltat şi actele profilactice, bazate tot pe progresele biochimiei, geneticii, farmacologiei şi tehnologiilor medicale. Acestea din urmă sunt centrate pe sănătate. În această categorie intră „utopiile longevităţii", măsurile de profilaxie a îmbătrânirii (gerontologia şi geriatria) etc.

O a treia categorie de „experimente medicale" care au acelaşi nucleu utopic fantasmatic de anulare a perisabilităţii fiinţei umane este reprezentată de vechea dorinţă de „creare a omului perfect". Omul perfect este omul cu o sănătate perfectă, rezistent la boli, capabil de performanţe fizice şi mintale superioare, în stare de a da naştere unor descendenţi de aceeaşi calitate umană ca şi el. În felul acesta, din perspectiva istorică, plecând de la „homunculus", se ajunge la „tehnica clonării". Viaţa, sănătatea, boala şi moartea devin, în această perspectivă, nişte chestiuni de domeniul „ingineriei genetice".

Crearea omului perfect de către medicină a fost introdusă în sfera igienei generale, a igienei şi medicinei sociale şi, ulterior, a igienei mintale prin intermediul mult dezbătutelor „idei" şi apoi „practici" de „selecţie medicală" reprezentate prin *eugenie* şi *eutanasie*. Ambele metode îşi au originea în *doctrina evoluţionismului*, corelată cu ideea *selecţiei naturale*, conform căreia cei mai buni şi cei mai puternici, cei perfecţi supravieţuiesc celor mai slabi, mai vulnerabili. Selecţia naturală, aplicată la societate, a dat naştere acţiunilor de „selecţie (bio)socială", cu toate consecinţele lor nefaste, din care totuşi s-a desprins ca practică „selecţia medicală". Această acţiune de selecţie medicală, dictată de considerente sociale, economice şi morale, a schimbat profund mentalitatea medicală, atitudinea faţă de boală şi bolnav, precum şi natura actului terapeutic.

Asistăm, o dată cu invazia experimentelor utopice în medicină, în special în profilaxie şi terapeutică, la o „sociologizare" a aceste activităţi. Se pune problema „rentabilităţii actului medical". Ce se află în interiorul acestei judecăţi? Procesul de „selecţie medicală" care hotărăşte „cine trebuie salvat", „cine trebuie (poate) să trăiască" etc. În mod mascat, viaţa încetează a mai fi o „valoare" naturală, devenind un „drept" social, iar justificarea acestei transformări se sprijină pe o „morală practică" selectivă sau diferenţiată.

Din acest moment al unei „segregări a suferinţei", argumentată „medical", umanismul actului medical este înlocuit cu „calculul costurilor financiare" ale luptei cu boala (terapia) sau cu moartea (terapia intensivă/reanimarea): *este sau nu rentabilă acţiunea terapeutică*? Justificată de realitatea practicii medicale curente, ca doctrină medico-morală, ea este totuşi greu de acceptat.

Dincolo însă de „bunele intenţii" ale medicinei moderne, direcţia evoluţiei experimentaliste, în esenţa ei utopică, de dezvoltare a practicii medicale, reprezintă, indiferent de „forma istorică" sub care se înfăţişează şi indiferent de nivelul de dezvoltare ştiinţifică, aceeaşi pulsiune-dorinţă primară, permanentă a omului de „a fi sănătos" şi de „a învinge perisabilul", bătrâneţea şi moartea.

Aspectele mai sus prezentate, valabile din punct de vedere doctrinar pentru medicină şi existente ca aspiraţie generală a umanităţii din toate timpurile, se regăsesc şi în domeniul igienei mintale. Vom analiza în continuare ideile şi acţiunile utopice din igiena mintală.

2. Cadrul problemei

Din cuprinsul lucrării de faţă se poate desprinde caracterul complex al igienei mintale. Existentă dintotdeauna în istoria umanităţii, ea se împleteşte cu viaţa cetăţii şi cu spiritul acesteia, ca un „dublet al vieţii civilizate". Dincolo de aspectele sale formale, practice, de factură medico-socială şi medico-psihologică, igiena mintală este cea care promovează *valorile civilizaţiei umane* sub forma stilului de viaţă, a relaţiilor interumane, a modelelor de comportament, a programării şi utilizării vieţii individuale şi colective, a planificării şi folosirii medicului şi resurselor acestuia, a protecţiei individului, familiei, grupurilor sociale, instituţiilor etc.

Se poate vedea, din cele de mai sus, că sarcinile sociale ale igienei mintale sunt mult mai extinse decât cele strict raportate la aspectele medicale şi psihologice. Faptul se explică prin natura *sănătăţii mintale* şi a factorilor (sano- şi morbigenetici) care contribuie la „modelarea" (formarea şi normarea) acesteia. Sănătatea mintală, individuală sau de grup, nu este reductibilă, aşa cum s-a arătat pe parcursul lucrării de faţă, numai la aspectele sale medico-psihosociale. Ea este, în primul rând, o *valoare* specifică ce se integrează în sfera generală a *valorilor umane* ale civilizaţiei cetăţii şi, din acest motiv, de natura şi calităţile sale vor depinde, într-o măsură considerabilă, calitatea şi stabilitatea, progresul şi direcţia de evoluţie ale cetăţii şi cetăţenilor ei în viitor.

Deşi se constituie ca domeniu de studiu ştiinţific medico-psihosocial, igiena mintală este o dimensiune şi un atribut în primul rând ale grupului social-uman al cetăţii respective. Inseparabilă de aceasta, ea va urma toate fluctuaţiile istoriei, fie că este vorba despre crize sau dezvoltări, fie despre eşecuri şi succese. Se poate afirma, fără să exagerăm, că nivelul de dezvoltare şi evoluţia social-istorică şi politică ţin într-o măsură considerabilă de nivelul de dezvoltare şi utilizare ale igienei mintale într-o societate dată. De aplicarea corectă a prescripţiilor de igienă mintală depinde menţinerea echilibrului psihosocial al cetăţii şi comunităţii umane respective, iar de acest echilibru depind, în final, progresul şi perfecţiunea mecanismelor sociale, progresul indivizilor. Prin aceste aspecte, care o „integrează" în sfera „mecanismelor sociale", igiena mintală dobândeşte virtuţi noi, din care vor decurge *funcţiile sociale* sau, mai exact, cele de „reglare psihosocială" ale lor.

Igiena mintală nu este numai un mecanism de reglare care asigură, alături de alţi factori, dinamica socială. Ea este şi un factor complex de „pregătire" a evoluţiei sociale a cetăţii şi a membrilor societăţii respective. *Limitele*, dar şi *posibilităţile* igienei mintale îşi probează virtuţile, în special în această complicată şi complexă *strategie de pregătire pentru viitor*. Această „strategie de viitor" vizează anticiparea programat-planificată a „noilor forme psihosociale" de sensibilitate, gândire, acţiune, comunicare, comportament etc., precum şi „strategiile de acceptare şi adaptare" ale comunităţilor umane.

În planul practicii sociale, igiena mintală trebuie să ofere soluţiile cele mai potrivite de „asimilare a viitorului", considerat o schimbare acceptată, care decurge din evoluţia prezentului către alte forme şi structuri sociale. În felul acesta, „măsurile de igienă mintală" cu caracter de „practică de ajustare la nou", dincolo de aspectele lor pur tehnico-metodologice, traduc capacitatea de transgresiune a realităţii şi de proiecţie *în* sau *către* viitor a formelor de civilizaţie socială. Aceasta presupune însă nu numai schimbarea structurilor sociale ale instituţiilor şi a normelor, ci şi, în primul rând, schimbarea oamenilor pentru care „se pregăteşte" societatea viitorului.

Privită din această perspectivă, igiena mintală cuprinde *in nuce* germenii unei „transcendenţe" ca acţiune de reformă social-umană. Or, această dimensiune care o caracterizează plasează domeniul igienei mintale în sfera „planificării sociale şi umane", ca perspectivă a unei dezvoltări futurologice. Această dimensiune caracteristică pentru igiena mintală reprezintă terenul pe care se vor dezvolta însă, în mod inevitabil, „utopiile" acesteia.

3. Ideile utopice ale igienei mintale

Dintotdeauna societatea umană a luptat împotriva suferinţelor, a bolilor şi invalidităţii, aspirând către fericire, sănătate şi vigoare trupească, linişte şi echilibru sufletesc interior. Aceste aspiraţii firesti ale fiinţei umane sunt exprimate de Iuvenal în cunoscutele sale cuvinte: *„Mens sana in corpore sano"* (*Satira VIII*).

Fericirea pe care o dă *sănătatea*, starea de bine, opusă suferinţei pe care o dă *boala*, starea de rău, este asociată cu „nostalgia originilor pierdute", a Paradisului. Aceste origini se pierd într-un „trecut" fabulos al fericirii absolute. *Nostalgia*, ca dorinţă de întoarcere la origini, va genera, în sfera imaginarului colectiv, construcţii (mitice) utopice, în care igiena mintală este inclusă, având de jucat un rol deosebit de important.

Alături de „nostalgiile utopice" de factură social-politică se înscriu, ca formă particulară decupată din sfera acestora, aşa cum am menţionat anterior, „utopiile medicale", reprezentate de următoarele teme: o *stare de sănătate perfectă şi durabilă*, o *societate lipsită de boli şi suferinţe*, *suprimarea bătrâneţii*, o *tinereţe perpetuă* etc. Este absolut clar că ne plasăm cu analiza noastră în sfera unui imaginar medico-psihologic în care sunt sublimate „pulsiunile (aspiraţiile) spirituale" colective, din care se vor naşte mituri şi utopii.

Garanţii acestor dorinţe utopice sunt zeiţele Hygieia şi Panaceea. Prima este cea care previne bolile şi menţine sănătatea, cea de-a doua e cea care vindecă în mod miraculos orice boală. În fine, ultima dorinţă a omului este aceea de a învinge moartea.

Desigur că toate acestea sunt şi rămân „teme utopice", veritabile „mituri ale imaginarului" cu semnificaţie medico-psihologică. Ele sunt însă expresia unor tendinţe profunde ale

spiritului colectiv care aspiră la depăşirea condiţiei puse sub semnul perisabilului. Aceste aspiraţii specifice fiinţei noastre sunt exprimate cu o mare fineţe în versurile lui A. de Lamartine:

Borné dans sa nature, infini dans ses vœux,
L'homme est un Dieu tombé qui se souvient des cieux.

Ideile utopice ale igienei mintale, ca, de altfel, şi cele ale medicinei în general, sunt expresia refuzului suferinţei, al bolilor şi infirmităţii şi, în cele din urmă, al morţii. Ele vin dintr-un conflict valoric interior, desfăşurat în planul conştiinţei morale a individului, ca un refuz al acestuia faţă de condiţia sa de muritor. O perspectivă a deschiderii şi a depăşirii de sine. Un act de transcendenţă, pe care igiena mintală şi-l asumă. Normal însă că toate acestea sunt şi rămân, în plan formal, nişte experimente, iar în planul interior, nişte construcţii cu caracter simbolic compensator şi de consolare. Nu te poţi împotrivi destinului. El se va întoarce de fiecare dată împotriva ta, sfârşind prin a se împlini. „*Volentem ducunt fata, nolentem trahunt*", spunea Seneca. Acestea sunt aspectele pur teoretice, de factură filosofică ale igienei mintale.

4. Experimentele utopice ale igienei mintale

Dincolo însă de aspectele teoretice de mai sus, care privesc sfera imaginarului, întâlnim în decursul istoriei umanităţii şi aspecte practice, de factură experimentală, ce urmăresc să ofere „soluţii" problemelor anterior menţionate. Deşi aparent diferite şi învăluite de o atmosferă de seriozitate şi probitate ştiinţifică, aceste experimente nu sunt altceva decât încercarea de a transpune în practică, de a demonstra că este posibil să se obţină lucrurile la care aspiră şi visează umanitatea în sfera ...narului colectiv: prelungirea vieţii, suprimarea bătrâneţii şi învingerea bolilor.

Toate aceste încercări experimentale, în marea lor majoritate serios fundamentate ştiinţific, au însă aceeaşi „motivaţie", care vine din pulsiunile spirituale ale Supra-Eului colectiv, ele fiind însă susţinute şi demonstrate de fapte şi experimente conduse de savanţi în laboratoarele de cercetări ştiinţifice.

La originea acestor cercetări se află vechiul „motiv al creării artificiale a omului" – homunculus. Acest experiment din laboratoarele alchimiştilor prefigurează şi cuprinde ideea multor „experimente" ale medicinei moderne. Nu vom face decât să le enumerăm pe cele mai importante şi mai cunoscute: grefele de gonade pentru întinerire (S. Voronoff), cultura de ţesuturi (A. Carell), codul genetic (J. Monod), fecundarea *in vitro*, clonarea etc.

Aceste cercetări experimentale interesante şi îndrăzneţe, de o incontestabilă valoare pentru progresul dezvoltării ştiinţei, au însă în centrul lor o anumită „motivaţie spirituală", explicabilă din punct de vedere psihanalitic: dorinţa de a depăşi condiţia finitudinii, a perisabilului, cu toate limitele şi insuficienţele sale.

Din punct de vedere ştiinţific, cum spuneam, ele sunt interesante şi, în egală măsură, importante, dar de la experienţele şi cercetările ştiinţifice până la realitate şi mai ales la „re-construcţia" unui alt tip de realitate, atât umană, cât şi medicală, este o cale lungă. Cercetările teoretice, fundamentale, au o valoare incontestabilă, dar privite şi utilizate cu mult simţ critic şi cu responsabilitate. În caz contrar, ele se întorc împotriva celor care

le-au gândit şi le-au pus în practică. Acest efect, care poate scăpa de sub orice fel de control, îl regăsim adesea în practica şi gândirea medicale de astăzi.

5. Instituţionalizarea utopiilor igienei mintale

Ideile şi experimentele „utopice" mai sus discutate au sfârşit prin a se impune „în paralel cu gândirea medicală", fiind acceptate în mod curent în practica medicală, dar şi în practicile medico-psihosociale. Intrate în arena medicală ca achiziţii ale descoperirilor ştiinţifice moderne, ele îşi păstrează semnificaţia originară, devenind ulterior „practici curente". Deşi iniţial au fost privite şi primite cu rezervă, în final au fost în mare măsură acceptate. Trebuie însă să vedem în această acceptare modernă a vechilor utopii o schimbare profundă a mentalităţii sociale, a atitudinii şi concepţiei despre *om*, despre *sănătate* şi *boală*, iar în final despre *viaţă* şi *moarte*. Acceptarea „utopiilor medico-psihologice" se suprapune unei noi „concepţii despre lume" (*Weltanschauung*), proprie *societăţii moderne*, care anunţă intrarea într-o „epocă nouă", cea a *societăţii postmoderne*.

Cele mai importante practici şi teorii medico-psihologice şi medico-sociale intrate astăzi în practică, ce privesc în mod direct igiena mintală, sunt următoarele: *eugenia*, *eutanasia*, *geriatria*, *bioetica* şi *clonarea*. Le vom descrie succint în continuare, întrucât ele au mai fost analizate, în parte, în capitolele anterioare ale lucrării de faţă.

a) *Eugenia* este concepţia teoretică şi practică medico-socială de îmbunătăţire genetică a populaţiei printr-un act de „selecţie medicală" care urmăreşte stimularea persoanelor cu o sănătate superioară să procreeze descendenţi şi izolarea sau chiar împiedicarea reproducerii celorlalţi. În a doua jumătate a secolului XX, această teorie şi această practică s-au dovedit a fi extrem de nefaste, fiind aplicate în scopul realizării unei politici de segregare rasială.
b) *Eutanasia* caută să se justifice atât din punct de vedere medical, cât şi din punct de vedere psihologic şi moral. Plecând, aparent, de la cele mai bune intenţii „medico-morale", care vizează suprimarea vieţii celor cu afecţiuni grave, incurabile, pentru a le oferi o „moarte demnă", lipsită de suferinţă, ea este, de fapt, o formă mascată de recunoaştere a limitelor medicinei şi a abdicării de la o luptă sortită eşecului, dar care, aparent, „salvează medicina" printr-o acţiune ce deturnează sublimativ „limitele (neputinţei) actului medical", convertindu-le în generozitate.
c) *Geriatria* este rezervată conservării şi tratamentului persoanelor de vârsta a treia. Miraculoasele „medicamente de întinerire" ne reîntorc în acelaşi plan ideologic şi doctrinar din epoca experimentelor lui S. Voronoff. Ea are la bază aspiraţia de depăşire a bătrâneţii, a morţii, de menţinere a vigorii fizice şi mintale, de conservare cât mai mult timp a omului în faţa perspectivei perisabilului.
d) *Bioetica* se constituie ca un domeniu medico-psihologic, o etică a corpului (trupul carnal), a fiziologiei, vizând menţinerea şi continuarea vieţii chiar atunci când aceasta este grav ameninţată, prin intermediul unor „grefe" sau „transplante de organe". Începută de S. Voronoff, continuată de A. Carell şi utilizată de Filatov, ea devine practică curentă în chirurgia modernă. În plan psihologic şi moral, se realizează un fel special de „comunicare donator-receptor", o „continuitate a vieţii" de la un individ la altul.

e) *Clonarea* este, deocamdată, ultima experienţă utopică în curs de a se impune. Ea vizează reproducerea individului prin tehnici de inginerie genetică: o „replică" fidelă a acestuia. În plan ideologic, clonarea realizează idealul nemuririi prin multiplicarea teoretic la infinit a persoanei.
f) *Conservarea prin congelare* a organismului este o practică medicală care îşi are sursa în cele de mai sus. Deşi pretinde a fi rezultatul unor cercetări ştiinţifice, ea este, de fapt, expresia sublimată a dorinţei de prezervare a vieţii prin conservarea trupului carnal, condiţie şi simbol ale „nemuririi". În manieră modernă, sprijinită ştiinţific, ea poate fi asimilată practicilor mumificării antice, având, în ambele cazuri, aceeaşi semnificaţie psihanalitică, de depăşire a morţii fizice.

Toate cele mai sus discutate sunt rezultatul unor utopii care exprimă mutaţiile profunde pe care societatea modernă le-a produs în om. Ele trebuie însă „înţelese", dincolo de aspectele lor formale, ca nişte modalităţi de manifestare a unor „arhetipuri" permanent prezente în societate, care guvernează mentalitatea, sensibilitatea şi aspiraţiile colectivităţilor umane.

6. Consecinţele utopiilor igienei mintale

Datoria noastră este să „vedem", dincolo de aceste mutaţii în mentalitatea şi atitudinile umane, care sunt consecinţele lor imediate şi cele de perspectivă.

Utopiile igienei mintale reprezintă compensarea unor frustrări, conflicte şi traumatisme colective ale societăţilor umane aflate faţă în faţă cu destinul lor. O luptă împotriva suferinţei, a bolilor şi infirmităţilor, iar în final, o luptă cu bătrâneţea şi moartea. Singurul „front" care se poate opune acestora este „imaginarul colectiv".

Utopiile igienei mintale sunt toate nişte producţii ale imaginarului colectiv, din care îşi trag substanţa experienţele ştiinţifice şi soluţiile acestora. Sunt ele posibile? În realitate, nu, având în vedere „premisele ideologice" de la care pornesc. Sunt ele, în cazul acesta, necesare? În mod absolut paradoxal, răspunsul este da! Nu putem interzice umanităţii să lupte sau, mai exact spus, „să se apere" împotriva unui destin inacceptabil. Dar, deşi vede că este inutil, de ce totuşi continuă să o facă? Cui se datorează această luptă? Răspunsul este unul singur: pierderii *valorilor morale* care dau suportul interior al *omului* şi al *vieţii* acestuia. Igiena mintală poate reprezenta foarte mult, într-o societate cu un înalt nivel de civilizaţie, pentru comunitatea umană, dar ea nu poate acoperi toate aspectele acesteia. Ea trebuie să se întemeieze numai pe datele medicale, psihologice, sociale şi moral-religioase, înglobând, în felul acesta, în sfera sa toate sistemele de valori care privesc *omul*, *viaţa* şi *cetatea*. Igiena mintală urmăreşte nu numai modelarea conduitelor adaptate social, ci şi, în egală măsură, o modelare a spiritului, care este o modalitate particulară de adaptare şi acord interior ale persoanei în raport cu sine însăşi, dar şi una de înţelegere şi obţinere a acordului cu ceilalţi.

Din aceste motive, „utopiile igienei mintale" nu pot şi nici nu trebuie să fie respinse sau interzise. Ele vor continua să existe, întrucât îşi au sursa în aspiraţiile colective ale umanităţii şi sunt expresia unor arhetipuri universale, colective. Ele vor trebui însă dublate de valorile morale şi spiritual-religioase care aduc consolare şi stabilitate interioară pentru individ, dar, în acelaşi timp, şi ordine şi armonie pentru grupurile umane.

Îmbinând pulsiunile Inconştientului cu aspiraţiile Supra-Eului, igiena mintală va dobândi valenţe şi funcţii noi în viaţa cetăţii şi a comunităţilor umane, ocupând, în felul acesta, locul pe care-l merită. Pentru înţelegerea acestor aspecte, să insistăm asupra semnificaţiei utopiilor igienei mintale.

7. Semnificaţia utopiilor igienei mintale

Ce atitudine trebuie adoptată faţă de „utopiile medicale" în general şi faţă de „utopiile igienei mintale" în special? Trebuie ele combătute, trebuie tolerate sau pot fi utilizate într-o direcţie tradiţională, conformă cu nevoile societăţilor umane şi rigorile ştiinţifice? Pentru a putea da un răspuns care să ne ofere posibilitatea de a adopta o decizie, este absolut necesar, în prealabil, să înţelegem sau să pătrundem semnificaţia naturii acestor „utopii".

Utopiile medicale îşi au sursa în raportul dintre „angoasă şi speranţă" pe care colectivităţile social-umane le trăiesc în sfera inconştientului colectiv în legătură cu pericolele ce ameninţă viaţa. Ele sunt „compensări ale unor conflicte" din sfera inconştientului colectiv, de care umanitatea suferindă are nevoie. *Miturile medicale* sunt „explicaţiile" date acestor „conflicte", iar *utopiile medicale* sunt „soluţiile consolatoare". Prin aceasta, atât miturile explicative, cât şi soluţiile utopice au un rol medico-psihologic şi psihoprofilactic esenţial în normarea valorică a modului de viaţă al membrilor comunităţilor social-umane.

Aşa cum viaţa unei comunităţi umane se desfăşoară nu numai conform legilor, ci şi potrivit moravurilor şi cutumelor, trebuie să acceptăm existenţa, dincolo de legi, a unor modele cutumiare în ceea ce priveşte igiena într-o societate, igiena mintală în special.

Stilul de viaţă bazat pe moravuri şi cutume construieşte şi menţine, din punct de vedere valoric, „modelul de sănătate mintală" colectiv. Din acest motiv, fiecare societate are „normele" ei şi „stilul" său propriu de viaţă, care trebuie respectat şi cultivat, întrucât el corespunde „psihologiei", dar şi „patologiei" societăţii respective. De aceea, trebuie să admitem că şi *modelul de igienă mintală* este propriu societăţii. Iată de ce normele şi acţiunile de igienă mintală, universale ca „principii teoretico-ştiinţifice", trebuie aplicate în mod diferenţiat, în raport cu structurile psihologice şi valorile socioculturale ale colectivităţilor umane respective.

Ajunşi în acest punct al analizei noastre, trebuie să recunoaştem că, aşa cum există variaţii psihologice şi psihiatrice transculturale, de care se ocupă etnopsihologia şi etnopsihiatria sau psihiatria transculturală, se poate vorbi şi despre o igienă mintală transculturală.

Fiecare societate sau grup etnocultural are formele sale de sensibilitate, comportament, modelele de gândire şi acţiune etc. care-i sunt specifice. Acestea, pentru a-şi menţine echilibrul, există în conformitate cu un sistem de norme care le controlează şi le protejează. Avându-şi sursa în sistemul de valori ale modelului sociocultural, ele reprezintă totalitatea măsurilor de igienă mintală, care cuprinde un larg cadru medico-psihosocial.

Ceea ce „vedem" neobişnuit pentru noi la alţii reprezintă pentru ei acel „firesc" ce este specific societăţii respective. Deşi poate părea bizar, complicat, chiar de neînţeles, el reprezintă, ca semnificaţie, în esenţa sa, nişte norme de igienă mintală specifice societăţii respective, după care aceasta îşi organizează viaţa.

Ne punem în cazul acesta, în mod firesc, anumite întrebări: unde este „limita" dintre „utopiile mitice" şi „practicile ştiinţifice"? Sunt ele oare antagonice? Ce trebuie să reţinem ca fiind universal şi particular din acestea?

Răspunsul la aceste întrebări *nu este* deloc uşor. Singura „cale" ce ne poate conduce la înţelegerea atât a formelor igienei mintale, cât şi a modalităţilor prin care este ea aplicată şi utilizată depinde de sistemul de valori socioculturale şi de normele moral-religioase ale comunităţii social-umane la care facem referinţă. Igiena mintală se situează în prelungirea sistemului de valori şi a normelor care le guvernează. Ea protejează şi stimulează starea de sănătate mintală comunitară a cetăţii, fiind una dintre cele mai importante măsuri care asigură stabilitatea şi progresul acesteia. Din aceste motive, trebuie să înţelegem „miturile" şi „utopiile" ca fiind nu numai necesare, ci şi ilustrative pentru structura psihosocioculturală a societăţii respective. Analiza lor ne permite să intrăm mai profund în spaţiul „sufletului colectiv" al cetăţii.

Capitolul 46

Viitorul omului şi igiena mintală

1. Perspectiva progresului şi evoluţia istorică a societăţii

Se impune un moment de reflecţie şi sinteză. Acesta este cu atât mai necesar cu cât frontierele igienei mintale depăşesc cu mult, ca domeniu doctrinar, sfera strictă a medicinei în general şi a psihiatriei în special. Igiena mintală este o concepţie despre om şi despre felul în care trebuie planificată şi utilizată/trăită viaţa acestuia.

Ea este permanent prezentă în viaţa Cetăţii şi îi interesează pe toţi membrii comunităţii social-umane, devenind astfel una dintre normele cele mai importante ce reglează modul de a gândi şi de a se comporta. Acest punct de vedere decurge din faptul că omul şi creaţia acestuia, Cetatea, sunt valori fundamentale, care trebuie păstrate, perfecţionate şi transmise. Ele se pot schimba în funcţie de „factorii progresului" istoric, dar aceste valori fundamentale de ordin umanist nu trebuie niciodată abandonate.

Aspectul cel mai important din punct de vedere istoric este reprezentat, pe toate planurile, de *progresul social*. Orice progres presupune schimbarea, înlocuirea trecutului şi a valorilor tradiţionale cu noile valori impuse de condiţiile social-istorice care apar. Progresul este astfel înţeles şi considerat ca *schimbare*. Dar această schimbare nu se limitează numai la „formele istorice", ci vizează şi sensurile profunde ale acestora, respectiv „valorile".

Schimbarea pe care o aduce progresul este de regulă o acţiune care „vine" şi „se impune" în contradicţie cu starea de fapt istorică deja existentă. Aceasta presupune o ruptură, o aparentă discontinuitate istorică, mai exact o „criză".

În aceste condiţii se impune un efort de adaptare a omului la noile schimbări. Cel mai important este nu atât efortul de „a se schimba", cât mai ales „efortul de a renunţa la trecut" şi „deschiderea de a accepta viitorul". Este o problemă fundamentală de igienă mintală.

Astfel, trecutul şi viitorul nu trebuie privite ca etape istorice, ci ca forme de „modele valorice" socioculturale şi morale. A renunţa la trecut este echivalent cu a renunţa la sine, la propria identitate, iar a accepta viitorul este echivalent cu a adopta o nouă identitate, diferită, mai exact „a fi altfel". Este un conflict social-istoric, dar şi axiologic moral, care priveşte în final propria conştiinţă morală.

Paradoxal, progresul, prin schimbările pe care le produce, urmăreşte „binele". Dar este acest „bine" scutit de consecinţe neplăcute? Cel mai important aspect este legat de consecinţele pe care schimbarea, prin efortul de adaptare, le impune atât Cetăţii, cât şi comunităţii umane. Este cunoscut faptul că în „lupta pentru supravieţuire" rezistă cei mai flexibili, cei mai adaptabili. Aceştia constituie grupele populaţionale reprezentate de tineret. O parte considerabilă a populaţiei adulte şi de vârsta a treia nu va putea face faţă

decât cu dificultate schimbărilor. Apar tot felul de manifestări negative, despre care am vorbit deja în capitolele anterioare.

Efortul de adaptare presupune o confruntare, capacitatea de a surprinde situaţiile şi de a găsi forme de rezolvare a problemelor, care necesită rezistenţă, vitalitate, aptitudinea de a găsi căile cele mai eficiente etc.

2. Acţiunea şi efectele progresului asupra omului/grupurilor sociale

Progresul poate surprinde individul sau, fiind previzibil, programat, poate fi asimilat fără consecinţe negative. Din acest motiv se recomandă o educaţie şi o instrucţie solide ale comunităţilor social-umane, prealabile întâlnirii acestora cu „factorii de progres".

Trebuie avut în vedere faptul că evoluţia social-istorică are un caracter inegal, favorizând anumite grupuri sociale şi defavorizând altele. În plus, progresul urmăreşte şi anumite „interese partinice" de grup, care se opun altora similare, de aici rezultând conflictele.

Un alt aspect este legat de criza valorilor şi uzura instituţiilor tradiţionale. În cazul schimbărilor social-istorice, oamenii îşi pierd încrederea în instituţiile care le asiguraseră ordinea şi stabilitatea de până atunci. Această îndoială pune în discuţie însăşi stabilitatea şi, în final, chiar rostul Cetăţii. Apare o stare de anomie, care face ca mulţimile să se revolte. Este o „reacţie de opoziţie". În locul vechilor norme valorice şi instituţii apar altele noi.

Răsturnarea valorilor, a normelor şi a instituţiilor va avea ca urmare adoptarea unor noi conduite, care se vor impune ca forme de acţiune socială. Ele vin însă peste o populaţie epuizată sufleteşte, incapabilă de a mai acorda încredere şi suport noilor forme de viaţă social-politică, slăbite, dezorientate şi confuze.

Forma cea mai gravă este însă reprezentată de „conflictul valoric al modelelor", ce apare pe acest fundal de anomie/apatie. Totul se va înfăţişa ca fiind inutil, lipsit de perspectivă, iar Cetatea va cădea pradă ruinei defetiste, când nimic nu mai are nici un fel de importanţă. Atunci însăşi lealitatea socială pare lipsită de sens. În aceste condiţii omul se va proiecta într-un „imaginar facticial", într-o realitate în care speră că va găsi soluţii şi stabilitate, răspunsuri la întrebările sale. Această „iluzie" este ultimul refugiu.

Perspectivele sumbre sunt însă compensate de faptul că orice formă de Cetate care traversează o „criză" de factură istorică sau o perioadă de progres are în egală măsură „mecanismele ei de apărare/redresare", de reechilibrare axiologică pe toate planurile. În acest caz, schimbările sociale, chiar cele mai adânci şi mai durabile, cu aspect de criză, reprezintă, paradoxal, condiţia progresului.

3. Progresul social şi sănătatea mintală

Deşi am mai discutat pe parcursul lucrării de faţă despre raportul dintre progres şi sănătatea mintală, dorim să subliniem că, dincolo de efectele medico-psihiatrice, progresul social-istoric aduce după sine şi alte aspecte. În primul rând, trebuie să recunoaştem faptul că un real progres este rezultatul unui anumit grad de maturizare socială, care implică o revizuire şi o reconvertire a formelor existente printr-un proces de reînnoire a lumii.

În sensul acesta trebuie să avem în vedere patru aspecte ale progresului prin care acesta îşi exercită acţiunea asupra Cetăţii şi a oamenilor, implicit asupra stării de sănătate mintală individuală şi colectivă: *intenţiile*, *responsabilitatea*, *acţiunea* şi *consecinţele*. Respectarea acestor aspecte este esenţială, întrucât ele stabilesc un raport de echilibru între *progres*, considerat ca dezvoltare social-istorică, şi *persoana umană*, căreia trebuie să-i servească.

Intenţiile reprezintă „premisele" de la care porneşte şi în conformitate cu care este organizată acţiunea de schimbare/înnoire pe care o aduce cu sine progresul. Ele trebuie puse de acord cu necesităţile şi capacitatea de asimilare/utilizare ale persoanei.

Responsabilitatea reprezintă criteriul esenţial de control al acţiunii factorilor de progres, precum şi al consecinţelor previzibile sau imprevizibile ale acestuia pentru sănătatea generală şi mintală a membrilor comunităţii sociale. În sensul acesta, acţiunea factorilor de progres trebuie pusă sub semnul „necesităţilor" societăţii respective la momentul istoric considerat. Astfel, acţiunea factorilor de progres poate fi controlată şi dirijată în raport cu nevoile sociale.

Acţiunea factorilor de progres este etapa cea mai importantă întrucât ea reprezintă „întâlnirea/ciocnirea" dintre Cetate şi comunitatea de indivizi cu progresul. Această „întâlnire", pentru a nu reprezenta un factor/o sursă de traumatisme, trebuie să acţioneze după o prealabilă „pregătire" a populaţiei. Ea trebuie să se desfăşoare în etape succesive ca grad de intensitate şi de noutate. În plus, este necesară pregătirea prealabilă a instituţiilor Cetăţii şi a comunităţilor umane pentru acţiunea de „asimilare" a progresului. Aceasta va viza măsuri speciale de educaţie şi instrucţie, antrenamente etc.

Consecinţele acţiunii factorilor de progres reprezintă ultimul *aspect* care trebuie avut în vedere. De fapt, ele constituie „efectele" urmărite de progres. Trebuie să ţinem cont de faptul că factorii de progres afectează în mod diferit grupele social-umane, fiecare individ sau grup social răspunzând în mod specific la acţiunea acestora. Progresul este o acţiune generală, care urmăreşte evoluţia pozitivă a Cetăţii şi a comunităţii de indivizi. În toate situaţiile însă se produce o schimbare, fie că este vorba despre o schimbare în bine, fie că este vorba despre o schimbare în rău. În oricare situaţie însă asistăm la o schimbare profundă şi de durată a Cetăţii, cât şi a oamenilor, fapt menţionat de numeroşi autori (P.P. Negulescu, *Destinul omenirii*). Acestea pun în discuţie, ca perspectivă, o problemă esenţială, şi anume „viitorul Cetăţii şi al omului".

4. Viitorul Cetăţii şi al omului

Dincolo de aspectele sale social-istorice, economice, politice, culturale, morale etc. produse de factorii de progres, schimbarea interesează în mod egal şi direct şi starea de sănătate mintală, consecinţele progresului devenind astfel o problemă importantă şi pentru igiena mintală.

Aşa cum am mai spus deja în lucrarea de faţă, este necesară o pregătire prealabilă a populaţiei prin instituirea unor măsuri de psihoprofilaxie şi de intervenţie în cazurile de inadaptare. Cele mai importante sunt măsurile de tip educaţional, vizând schimbarea/adaptarea conduitelor la noile forme de viaţă, adoptarea unor modele de comunicare şi relaţii interpersonale noi, însuşirea noilor metode şi tehnologii de muncă etc.

Cel mai important aspect este însă reprezentat de „planificarea vieţii" şi a „relaţiilor interpersonale" în cadrul Cetăţii, pentru a nu ne surprinde nepregătiţi. Se cere pentru aceasta un efort gradat de asimilare a noului, a tehnologiilor, a formelor de comunicare şi de activitate profesională etc.

Factorii de progres pregătesc şi construiesc o Cetate şi o umanitate a viitorului, ca rezultat al „prefacerilor". Cum vor fi Cetatea şi Omul de mâine? Este întrebarea pe care încă din secolul XX gânditorii din cele mai variate domenii nu au încetat să şi-o pună, cu îngrijorare.

Schimbările au fost numeroase, profunde şi rapide. Ele au produs efecte dintre cele mai diferite, adesea imprevizibile şi greu de controlat. Ceea ce se poate spune este faptul că *omul modern*, rezultat al acţiunii factorilor de progres, este un „produs al crizei de dezvoltare". El are un caracter specific, dominat de nelinişte şi însingurare. Este o fiinţă care se află încă în curs de definire şi determinare. El reprezintă potenţialul uman din care se va contura „omul viitorului". De pe acum se vorbeşte despre un tip de *om postmodern*. Dar postmodernismul, ca o etapă care succede schimbărilor progresului, este încă incert. El nu poate fi definit sau caracterizat. Acelaşi lucru se poate spune şi despre omul postmodern. Va fi oare o fiinţă superior înzestrată? Va fi o fiinţă unilaterală, închisă, „robotizată"? Va fi o fiinţă creativă? Totul rămâne deocamdată în planul supoziţiilor. Din acest motiv, revenind asupra temei, vom afirma că în modelarea *omului modern*, ca de altfel şi a *omului postmodern* un rol esenţial va reveni igienei mintale.

Putem spune cu oarecare certitudine că *tipul uman* este produsul epocii istorice căreia îi aparţine. În sensul acesta, „omul clasic" era produsul valorilor culturale (morale, spiritual-religioase etc.). Istoria social-umană s-a „rupt" începând cu „declinul culturii" şi înlocuirea ei treptată, dar rapidă cu „civilizaţia materială" (O. Spengler, *Declinul Occidentului*, P.P. Negulescu, *Destinul omenirii*, H. Schulze, *Der progresiv domestizierte Mensch und Seine Neurosen*). *Omul modern* este produsul valorilor civilizaţiei materiale, creatorul şi utilizatorul tehnologiilor moderne (electronică, informatică, robotică, automatizare etc.). *Omul postmodern* va fi produs din transformarea *omului modern* în tipul uman care, utilizând mijloacele tehnologice moderne, va trăi poate „iluzia împlinirii". Va reuşi sau va avea tentaţia icarică?

Cui se datorează această dinamică ce determină progresul? Ea trebuie căutată tot în fiinţa umană. Pulsiunea autodepăşirii, credem, este „nucleul" acelei nelinişti sufleteşti interioare care îl proiectează pe om în planul progresului.

Închis în limitele spaţiului Cetăţii şi ale timpului istoric, omul manifestă permanent *tendinţa de depăşire*, depăşirea de sine şi a lumii sale. Această „depăşire" nu este posibilă decât prin *acte de* creaţie. Sunt semnificative cuvintele lui G. Gusdorf, care spunea că „Omul este creatura care a primit darul creaţiei". Totul gravitează în jurul unui arhetip, al unei condiţii originare a perfecţiunii, iar Omul tinde către aceasta.

Din punct de vedere psihologic şi filosofic, progresul este un vast „proiect uman", o tendinţă perpetuă. El vizează două aspecte: schimbarea şi *extinderea spaţiului vital* şi *a duratei temporale*. Ambele vizează o „transformare a lumii", o stare de „reînnoire" către mai bine, mai mult. Este nevoia omului de „a lua în posesiune" lumea, de a-şi extinde dominaţia, de a fi în final independent, liber.

Inseparabili de Cetate, *omul modern*, ca şi *omul postmodern* vor trăi permanent între extremele neliniştii şi împlinirii. Dincolo de aspectele sufleteşti şi sociale ale zbuciumului

lor, ei vor traversa şi barierele spirituale, morale şi culturale pe care istoria le impune. În această confruntare, aşa cum am spus deja, igiena mintală joacă un rol esenţial.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că igiena mintală, în serviciul omului modern şi al omului postmodern, este, la rândul ei, o dimensiune deosebit de importantă a civilizaţiei, a valorilor spirituale ale Cetăţii, o dimensiune a „ordinii" şi „echilibrului" social. Nivelul de dezvoltare, de maturizare şi de stabilitate socială se judecă şi după modalitatea de utilizare a acţiunii de igienă mintală în Cetate. În final, se poate spune, fără a exagera, că tipul uman şi gradul de dezvoltare a acestuia, nivelul civilizaţiei, sunt în mare măsură şi rezultatul igienei mintale. O societate cu un înalt nivel de sănătate mintală, capabilă de a preveni stările de dezechilibru psihic, care se menţine în limitele normalităţii, este o societate în care normele de igienă mintală funcţionează. Poate că în acestea trebuie văzute „mecanismele de autoreglare" ce menţin starea de echilibru psihosocial.

Capitolul 47

Semnificaţia filosofică şi morală a psihoigienei

Desprinsă din ritualurile magico-religioase şi din regulile de conduită morală în care era integrată la originea sa, psihoigiena pare să-şi fi pierdut, pe parcursul istoriei, aceste funcţii. Cel puţin aparent, latura „axiologică morală" a fost treptat înlocuită de „obiectivele" şi „normele" medico-psihosociale de protecţie a sănătăţii mintale de către igienă.

Dacă ar fi să ne referim numai la spălarea trupului, a mâinilor, la prescripţiile sau interdicţiile alimentare, la perioada menstruală, apoi la crimă, suicid şi perversiunile sexuale, descoperim un câmp extrem de întins şi complex de „interdicţii" şi „practici" de igienă. Toate acestea, având ca scop „purificarea" persoanei şi „păstrarea" acestei „purităţi", vizau în mod direct conservarea unei stări de echilibru atât individual, cât şi colectiv.

Prescripţiile de igienă erau întemeiate pe „tabuuri", pe „interdicţii". Ele au fost primele „norme" de conduită ale umanităţii, care au devenit ulterior „legi" ale Cetăţii. Aceste tabuuri stabileau ce *este permis* şi ce *este interzis*. În felul acesta, normele de igienă primară, cu caracter moral-religios, au „modelat" conduitele, acţiunile, comunicarea, modul de a gândi în Cetate al oamenilor. Se stabilea, în felul acesta, ce era permis şi era reprimat tot „ce era interzis ca fiind dăunător societăţii". În felul acesta, „normele-tabu" de igienă au fost primele care au „modelat" fiinţa umană, făcând trecerea de la starea de sălbăticie a primitivilor la starea de umanitate a omului civilizat; altfel spus, au modelat trecerea de la natură (*physis*) la viaţa în Cetate (*polis*). Să ne întoarcem însă la semnificaţia igienei.

La originea ei, igiena era fie un „act de purificare" cu rol pregătitor în vederea efectuării unui act, a unei conduite etc., fie un „act de înlăturare a stării de impuritate". Toate utilizările sale demonstrează că în centrul „ideii de igienă" se află conceptul de *catharsis*, iar tehnicile de igienă sunt forme practice, acţiuni şi mijloace de „curăţire" a persoanei. Acestea erau reprezentate prin: curăţarea fizică a trupului (*soma*), curăţarea interioară a sufletului (*psyché*), curăţarea spiritului (de factură religioasă), curăţarea conştiinţei (de factură morală). Orice formă de igienă s-a constituit încă de la începuturile sale ca o „tehnică de purificare". Din aceste considerente, înainte de a deveni o „disciplină medicală", igiena a fost, prin „ritualurile" şi „normele" pe care le impunea, o *morală naturală* (M. Deshumbert).

Se poate afirma din acest moment, fără a greşi, că normele şi practicile de igienă au contribuit în mod direct şi esenţial la procesul de constituire a civilizaţiei şi, prin aceasta, la procesul de „formare a omului". Ieşirea omului din natură şi intrarea lui în Cetate au

impus instituirea unor norme riguroase de „reprimare/modelare" a conduitelor. În sensul acesta putem spune că cei mai importanţi factori de „formare" a omului civilizat au fost reprezentaţi de acţiunea practică a tehnicilor de igienă şi de acţiunea valorică a factorilor culturali. Acest lucru este cu atât mai important cu cât se poate observa că igiena şi cultura au contribuit simultan la „reprimarea instinctelor primare" şi la formarea unor deprinderi şi conduite superioare noi, specifice civilizaţiei.

Să ne oprim însă cu analiza noastră asupra „tehnicilor de igienă" menţionate mai sus. Acestea au o istorie proprie, evoluând ca formă şi complexitate în raport direct cu nevoile şi formele societăţii, din perspectiva dezvoltării istoriei umanităţii.

Tehnicile primare de igienă aveau un caracter simbolic şi se integrau într-o mentalitate specială, într-o anumită concepţie despre om, în contextul unui Weltanschauung.

Medicalizarea, considerată un act de confiscare a igienei de către medicină, s-a produs însă mult mai târziu. Iniţial, igiena urmărea „separarea impurului de pur" şi prin aceasta, menţinerea stării de „puritate" a persoanei. Făcând această afirmaţie, suntem conduşi către o explicaţie care ni se pare a fi esenţială: atunci când vorbim despre igienă, ne referim la un cadru general şi complex de „tabuuri" (credinţe, ritualuri, tehnici, simbolistică, practici etc.), conduite şi norme.

Recunoscând „medicalizarea" igienei, trebuie, în acest caz, să admitem „separarea" sau, mai exact spus, „desprinderea" din gândirea (*theoreia*) şi practica (*techné*) igienei a unui „segment medical" care vizează în mod strict şi direct starea de sănătate, atât cea fizicosomatică, cât şi cea sufletesc-psihică. Tot ceea ce nu este inclus în sfera igienei medicale va rămâne în continuare în sfera „mentalităţilor" şi a „formelor de conduită" culturală, religioasă, morală ale oricărei societăţi.

Remarcăm cu surprindere că procesul de medicalizare a igienei modifică şi semnificaţia ei, devenită în felul acesta o „teorie medicală a sănătăţii". Din acest moment, igiena, ca ramură a medicinei, îşi va adapta, dezvolta şi specializa „tehnicile" sale în direcţia ocrotirii, menţinerii şi dezvoltării stării de sănătate, precum şi a prevenirii îmbolnăvirilor.

Constatăm odată cu medicalizarea igienei apariţia unui nou concept în medicină: *sănătatea*. *Medicina* se va separa în două secţiuni: *patologia medicală şi terapeutică*, orientată către descrierea şi tratamentul bolilor, şi *igiena*, care va avea ca domeniu ocrotirea *sănătăţii*, devenită ulterior o *medicină profilactică*. Prin aceasta, sferele conceptuale ale *bolii* şi *sănătăţii* se delimitează mai precis, fiecare dezvoltându-se în direcţii specializate.

Igiena a determinat, prin introducerea conceptului de *sănătate*, o adevărată revoluţie în sfera medicinei. Delimitarea „sănătate"/„boală" a dus la o schimbare a *gândirii medicale* şi în primul rând a „gândirii clinice", prin analiza raportului dintre „normal" şi „patologic". În felul acesta, „gândirea medicală" se va situa treptat înaintea şi deasupra „praxisului medical". Gândirea clinică dobândeşte noi lărgimi de orizont, care vor contribui la un alt tip de a „înţelege" şi a „explica" *boala* prin *sănătate*, respectiv *patologicul* prin *normal*.

Medicalizarea igienei nu a epuizat însă toate domeniile acesteia. Ea a continuat şi continuă să-şi exercite rolurile „culturale". Ceea ce a favorizat „separarea" între *igiena culturală* moral-religioasă şi igiena medicală a fost concepţia etiologică a bolilor. Trebuie să precizăm faptul că noi facem o delimitare între *boli* (somatice şi psihice) şi

suferinţe (sufleteşti şi morale). În acest caz, se discută despre o *normalitate medicală şi morală* şi o *anormalitate medicală şi morală*. Bolile cad sub incidenţa medicinei şi a igienei medicale, iar suferinţele sub incidenţa igienei culturale (morala şi religia). Să ne oprim un moment asupra acesteia din urmă.

Igiena culturală va cuprinde normele de conduită morală şi prescripţiile de conduită şi credinţă religioase. În mod egal, *igiena medicală* va cuprinde un sector al *igienei corporale* şi unul al *igienei mintale*, care vizează individul. Pe de altă parte, se delimitează sfera igienei generale a comunităţilor social-umane.

Se poate afirma că igiena s-a dezvoltat odată cu evoluţia istorică generală a societăţii. Mai mult, trebuie recunoscută contribuţia igienei în procesul de dezvoltare socială şi a formelor de civilizaţie, a modului de viaţă în general (habitat, alimentaţie, activităţi profesionale, repaus şi recreere, conduite etc.). În felul acesta, „măsurile de igienă" devin norme obligatorii de comportament şi vor fi dobândite prin imitaţie şi învăţare, prin educaţie.

Dincolo de aspectele medicale şi culturale, în toate situaţiile vieţii individuale şi/sau colective, trebuie să avem permanent în vedere dimensiunea psihologică a igienei (A. Chavigny). Orice acţiune de igienă trebuie să aibă o anumită orientare psihologică, să fie motivată în ceea ce priveşte surprinderea şi înţelegerea situaţiilor de viaţă, pentru a putea oferi soluţiile cele mai potrivite. Igiena trebuie să acţioneze cu mult tact psihologic pentru a convinge comunităţile social-umane să accepte adoptarea măsurilor pe care le propune. Ea trebuie, în felul acesta, să reprezinte un factor stabilizator al dinamicii psihosociale, de prevenire şi adaptare a comunităţilor la schimbări sau situaţii neprevăzute. Măsurile de igienă trebuie să se impună ca „norme" necesare şi, în consecinţă, acceptate.

Cel mai preţios instrument de propagandă a măsurilor de igienă este *persuasiunea*. Trebuie creată convingerea că igiena este nu numai necesară, ci chiar indispensabilă vieţii normale, sănătoase, convieţuirii şi comportamentului, activităţii în comunitatea social-umană. În sensul acesta, metodele de acţiune ale igienei sunt *reclama*, *publicitatea*, *mass-media* etc. Toate vor contribui la „educaţia sanitară" a comunităţilor social-umane, dovedind valoarea procesului de comunicare, înţelegere şi/sau imitaţie în acceptarea şi însuşirea acţiunilor de igienă.

Rolul igienei, fie că este vorba despre *igiena medicală*, fie despre *igiena culturală*, nu se opreşte însă aici. Aria ei de acţiune este mult mai extinsă. Orice tip de *igienă*, indiferent de formele şi mijloacele sale de acţiune, este întemeiat pe un sistem de valori, pe nişte „modele axiologice". Aceste „modele axiologice" sunt cele care au delimitat stările de *normalitate/sănătate* şi *anormalitate/boală*.

Normalitatea sau „starea de sănătate" este expresia valorilor pozitive, a echilibrului şi progresului persoanei umane. *Anormalitatea* sau „starea de boală" este expresia valorilor negative, a dezechilibrului şi regresului persoanei umane. Concentrând în ea un sistem de valori specifice, igiena oferă societăţii un *„model uman ideal"* pe care îl utilizează ca etalon al normalităţii ideale, în jurul căruia „pendulează" atât formele normalităţii, cât şi cele ale patologicului. Extinzând acest aspect de la *individ* la *colectivitate*, se poate spune că igiena oferă şi un „model socio-comunitar ideal". Acest din urmă aspect îl descoperim prin reîntoarcerea igienei la sursele sale originare, atunci când, încă nedesprinsă din/de morală şi religie, milita pentru o „lume ideală". Din această perspectivă a „idealurilor valorice", igiena ca modalitate de acţiune se dezvăluie

în esenţa sa ca o tehnică de realizare a aspiraţiilor umanităţii în plan axiologic şi ca un act proiectiv în plan psihologic.

Prin urmare, putem să distingem dincolo de „dimensiunea moral-religioasă" a igienei şi o anumită participare a sa, prin „mentalitatea colectivă", la construirea unei „conştiinţe colective" (care devine instanţa de control şi participare responsabilă la conservarea valorilor sănătăţii).

Nivelul de dezvoltare socială a unei comunităţi umane se măsoară în final prin gradul de dezvoltare şi implicare în viaţa individuală şi colectivă a formelor de igienă (medicală, psihologică, morală şi religioasă). Trebuie menţionat însă că nu există nici o societate umană în care să nu funcţioneze „măsuri de igienă". Diferenţa dintre societăţi/comunităţile umane este dată însă de amploarea şi complexitatea măsurilor de igienă, de gradul lor de utilizare şi de ponderea lor valorică şi stilul de viaţă pe care acestea îl construiesc, precum şi de felul în care sunt acceptate.

Cele mai sus prezentate ne îndreptăţesc să admitem că *igiena* reprezintă mult mai mult decât o acţiune complexă de păstrare a sănătăţii. Ea este o sursă şi un depozit de valori pe baza cărora se construieşte o societate, prin care aceasta se recunoaşte ca specifică şi prin care îi este asigurat progresul.